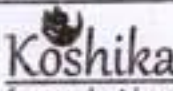


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : K10419/0137

APPLICATION DATE : 06/04/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SURAIYA PARVEEN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

53

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

MD. USMAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

3A/H/14, DR. M. N. CH. SARANI, RAJA RAM MOHAN, SARANI, KOLKATA 700009, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं।)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	SURAIYA PARVEEN	53	F	SELF
2	MD. USMAN	61	M	HUSBAND
3	MD. IMRAN	30	M	SON
4	MD. IMRAN	28	M	SON
5	MD. IMRAN	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LG.
2.	SURGERY - LE (SICS 1104)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: **ଆବେଦକ ଦ୍ଵାରା ଘୋଷଣା ପତ୍ର:**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साक्ष्यता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी छाप एवं साक्ष्यता राशि "कोटिका पाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उल्लेख उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रकरण में परा गय है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि इस साक्ष्यता हेतु वह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सफल हिस्सा किसी अन्य हित/निर्लेखक/वीमा कम्पनी में न लगे लिये है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने इलाक़ा या अंगरे की ज़ात समझकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फ़ाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिप्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रस्तुति करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाक़ा के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फ़ाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक़दार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

खावेदक के हस्ताक्षर या अंगी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कवर)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत इस्तफ़ा की ओर से मायके/पेरे को "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलित सहायता हेतु निफारित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से माय व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वोच्च और न ही सर्वोप में स्थिति सहायता किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त ऐग्री/वामले में सेगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिविलीस/विश्विड उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी आर्थिक/वस्त्र हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मरद उक्त ऐग्री/वामले हेतु किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं सेगी/सेगी।

2. "कॉशिका काउन्डेशन" से तो यह सहजता सेल विधि प्रकृति की है। रंगी पर हल्काले टाउ री यह सलह न किमे गये उपवा/प्रक्रिया का चुनल टोरी एवं इम्पलल के बीच का पिचल है और "कॉशिका काउन्डेशन" टाउ किसी प्रकार का कोई दबाव नही है। इसलिमे हल्कालल में टोरी के हलल सुरका और अने जाने की सारी बिम्बेदारी टोरी एवं इम्पलल की होरी और "कॉशिका" की कोई प्रक्रिया न बिम्बेदारी इन माले में नही होरी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्त्रोतन को तारीख 06/09/19	Dr. Asmita Ray MBBS, MS, FPOS Reg. No.-18853-AMC Susmita Eye Foundation Research Centre	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ज्ञानार्थिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	