

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K10619 | 0517
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 19/6/19
आवेदन मिति:

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम: ROKAYA BIBI

AGE-YEARS आयु-वर्ष 48
SEX लिंग F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HAYAT ALE MONDAL
पिता/काकुल का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्तीन आवासीय पता

PART NO 187, HADDIPUR, JUCKRA 2, BARASAT,
DISTT 24 PARBATIYAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: इसी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: HOUSEWIFE
जबाबदारी

MARRIED (संधित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 2100 X 12 = 25200/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष लेखन)

PAN No. स्थाई चाल संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
मैं आप ज्ञाप कर रहा हूँ (जो मान्य हो उस पर मही का निश्चय लानवे)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरेलू विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेलू के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	ROKAYA BIBI	48	F	SELF
2.	HAYAT ALE MONDAL	56	M	HUSBAND
3.	ROZIMA PARVEEN	26	F	DAUGHTER
4.	SELIM MONDAL	29	M	SON
5.	MIRZAUR RAHMAN	21	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनाशी आवास

BPL Card (Attach Card Copy) गटारी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप अद्वितीय लेखन करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उम्र आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप अद्वितीय लेखन करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप अद्वितीय लेखन करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे जैसे विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/दॉक्टर से जाए और गई आयुर्वेद सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.
2.	SURGERY - L.E (SICS IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

Koshika
foundation

Building block of life



DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रेषण करता हूं कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार यथा यथा हैं। यदि कोई विवरण एवं काफ़िन अपर्याप्त या बाहर है तो मेरी सहायता निवार की जा सकती है।
- 2) मैं इस वाले वाले यहाँ "कोशिका चार्टर्ड फाउंडेशन", मेरी जांच की है, जानकारी दूसरे दौरे उत्तराधिकारी के द्वारा दिया गया था, जो इस प्रकाश में यथा यथा है।
- 3) मैं गुणित करता हूं कि विवरण सहायता हेतु यह प्राप्ति को गई है, उस गति का अधिकार या सहायता विवरण में अन्य घोषित/नियोजित/दीया करने के न हो सकता है और न ही विवरण में दीया।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्पेलेंट द्वारा करना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्रकाश पर अपने इस्तमाता के अन्तर्गत की जानकारी, मैं (अप्पेलेंट): अपनी सहायता को गुणित करता हूं एवं "कोशिका चार्टर्ड फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरे नाम, पता, छोटी और जो विवरण इस प्रकाश में दीया गया है, तो "कोशिका" एवं न्यायीयों, उत्तराधिकारी दूसरे दौरे उत्तराधिकारी के द्वारा दिया गया या उत्तराधिकारी के द्वारा दिया गया यथा यथा है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस बात से सहायता हेतु यह पार्य कर, पता, छोटी और विवरण जो कि सहायता के उत्तराधिकारी से प्राप्ति है गुणी सहायता का उत्तराधिकारी नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का विवरण अंतिम और जानकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्पेलेंट के इस्तमाता के अंतर्गत का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पित द्वारा करना)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसके अधिकृत, इस्तमाता की ओर से यानकारी की "कोशिका चार्टर्ड फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे इस (इस्तमाता) निम्न प्रकाश से यथा यथा समीक्षा करते हैं।
- 1) यह कि न को सहायता और प. ही अधिकृत में विवरण सहायता दिया गया जानकारी संम्बन्ध का विवरण मान लिया जाता है ताकि उसके अन्य संबंधों में लेने का से रहे हैं, जैसे कि उसके "कोशिका चार्टर्ड फाउंडेशन" से विवरणित/विवरित करने के सम्बन्ध में "कोशिका चार्टर्ड फाउंडेशन" द्वारा प्रदर्श हेतु किया गया है तो अन्यतात् विवरण जानकारी अन्य संबंधों में लेने का अधिकार गुणित रखता है। इस गुणित में स्वयं करता है कि अन्यतात् द्वितीय प्रदर्श उत्तराधिकारी हेतु दिया गया जानकारी संम्बन्ध का विवरण अन्य साधन से नहीं संग्रहीत होता।
2. "कोशिका चार्टर्ड फाउंडेशन" से ली गई सहायता को जानकारी दिया गया रखना/प्रक्रिया का भूलक ऐसी एवं इस्तमाता के बीच का विवरण है और "कोशिका चार्टर्ड फाउंडेशन" द्वारा दिया गया जानकारी को लेने से रखना नहीं है। इन्हिन्होंने इस्तमाता में दियी जाने वाली दूसरी दौरे उत्तराधिकारी द्वारा दिया गया जानकारी को लेने से रखना नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति

Eshib Sankar Banerji

Director

Gaurukiran Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नम व पर इस्तमात् अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंपानी की तिथि 10/06/19	Dr. K. N. BANERJI M.B.B.S., D.O.M.S., F.R.C.O.R. Reg. No. 10071 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इस्तमाता का रुप. ३	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु
--	---	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इस्तमाता 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इस्तमाता 2