

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K10619/0563

APPLICATION DATE: 21/06/19

NAME of APPLICANT: AFSAR ALI BAIQYA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

40

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOLAM MOULA BAIQYA

पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MURARSHA, DAKSHIN BAIQYA PARA, IVORTIA
24 PARADWAS 763456, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 2200 X 12 = 26400/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आय संचय

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

हाँ / 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.	AFSAR ALI BAIQYA	40	M	SELF
2.	REHEDA BIBE	43	F	WIFE
3.	SAMIR BAIQYA	22	M	SON
4.	SAHIN BAIQYA	19	M	SON
5.	SAMINA BIBE	15	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यः

- 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 यहाँ पर कतार हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता "कॉशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता रहा है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रश्न का कोई नतीजा नहीं है, जब तक कि कोई व्यक्ति या संस्था किसी अन्य इंटरनैशनल/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही यहाँ पर सहायता ले रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का हस्ताक्षर)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप प्रमाणित करने पर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, साधक/पद दूसरे उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपस्थितियों को तब तक किसी भी प्रकार सहाय्य से प्रवर्धित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण यहाँ हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहाय्य का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपेटक के समतल या अंगुली का निगमन



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हजारों अधिकार, हस्ताक्षरों की ओर से सामान्य/लोकों को "कोशिका आन्दोलन" से घिरने सहायता हेतु भिकारियों की जाती है, जिसे इन (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही पहिले में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य श्रोत से उठा रोणी/पायले में लगे या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिमरित/सिम्पति उठा के सम्पन्न है "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विरति अजीव/सकल हेतु मरुर नहीं किम जात है तो अगस्तल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अगस्तल द्वितीय मरर उठा रोणी/पायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो यह सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोणी पर इमस्तल द्वारा ही यह सहायता या किम गने उपचार/प्रक्रिया का शुभम रोणी एवं इमस्तल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकृत का कोई दानन नहीं है। इसलिये इमस्तल में रोणी के इत्यत्र मरुर और गने जाने की सारी जिम्मेदारी रोणी एवं इमस्तल की होगी और "कोशिका" को कोई भुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंशदान की तारीख 21/06/19	Dr. Alok Agarwal MBBS, MS, PhD (Eye), FMRP, FONEC Reg. No.-34786 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पद	Sanjay Sankar Bagchi Director Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इलाका 2	
		