

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


  
Koshika
   
foundation
   
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0719/0966

APPLICATION DATE: 20/07/19

NAME of APPLICANT: UMAR ALI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

74

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ABDUL RAHAMAN

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

50 NARKELDAYGA NORTH ROAD, KOLKATA  
700 001, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: UNEMPLOYED

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1000 x 12 = 22800/-

कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाली संख्या

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

Yes / No

हां / नहीं

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

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | UMAR ALI                                          | 74                         | M              | SELF                                            |
| 2.                     | SAHANI BEGAM                                      | 65                         | F              | WIFE                                            |
| 3.                     | MD HARIUN                                         | 43                         | M              | SON                                             |
| 4.                     | NEELAM BEGAM                                      | 30                         | F              | DAUGHTER                                        |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विपत्ति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पद गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि कितना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सफल विपरीत किसी अन्य स्टेडिनिंग/कर्मचारी/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दूर, साक्षात्/दूर उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के पक्ष में या खर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है सुत्रे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट आंशिक/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" के ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और करने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Shib Sankar Banerji

Director  
Bismit Eye Foundation & Research Centre

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

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

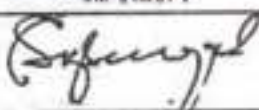
Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
20/07/19

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

