

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: K/0819/1393		APPLICATION DATE: 22/8/19	
NAME of APPLICANT: MD YAKUB		AGE-YEARS: 54	SEX: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD YUNUS			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: EXBALTUR LANE, KIDDERPORE, KOLKATA 700023, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - HS ABOVE -			
OCCUPATION: CONTRACT LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1600 X 12 = 19200/-		(Attach Proof of Income)	
PAN No. & other details			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	MD YAKUB	54	M
2.	RAJYA SULTANA	50	F
3.	TRIYAKUB KHATUN	21	F
4.	LATIK ALI	22	M
5.	ROHISA YAKUB KHATUN	29	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
SPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)
Any Other Basis/Proof			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
Sr. No.	DIAGNOSIS - CATARACT RE		
2.	SURGERY - RE (SICS+IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	



DECLARATION by APPLICANT: (अवेरक द्वारा भरेगा):

- 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। और कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता स्थित की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण अथवा हिस्से के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं: सहायता हेतु यह धन्यता की मांग नहीं कर रहा हूँ, न ही किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो भुगतान है और न ही बीमा में शुल्क।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्वारा करेगा)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस बात का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेरक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" दान प्राप्त करने, या सहायता हेतु लोगों को प्रेरित करने और जानकारी देना। मेरे नाम और विवरण को प्रकाश में रखने का अधिकार होगा। मेरे नाम और विवरण को प्रकाश में रखने का अधिकार होगा। मेरे नाम और विवरण को प्रकाश में रखने का अधिकार होगा। मेरे नाम और विवरण को प्रकाश में रखने का अधिकार होगा।

2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उपयोग के लिए प्रयोग नहीं किया जा सकता है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं लगाया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेरक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करेगा)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पिटल) निम्न प्रकरण में मान्यता दे सकते हैं।

1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में किसी भी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद नहीं मांग रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/मिनी उक्त के समर्थन से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अस्वीकार/नकार हेतु मान्यता नहीं दिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता के लिए मदद मांग सकता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद मांगने के लिए किसी भी सहायता के लिए मदद मांगने से नहीं लेना चाहिए।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मांगने के लिए प्रस्तावित की है। यदि हम हस्ताक्षर द्वारा भी मदद मांगें तो हमें स्पष्ट करना होगा कि हमें सहायता/प्रक्रिया का चुनाव पूरी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे हस्ताक्षर में हमें सहायता मांगने और मदद करने की सही जिम्मेदारी होगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Shib Sankar Bagchi

Director

Foundation & Research Centre

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदा हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदा हस्ताक्षर 2