

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : K/0919/1535

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि : 7/9/19

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम RAFFAT TARA

AGE-YEARS आयु-वर्ष
41

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्ब का नाम MD MUSTAQUE ALAM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

5 JAN NAGAR ROAD, BENZAPUR, KOLKATA
700014, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION :
व्यवसाय HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय RS 1700 X 12 = 20400

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

PAN No. स्थायी राजस्व संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर राजस्व 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 सम्बन्ध
1.	RAFFAT TARA	41	F	SELF
2.	SANJAY TARA	18	M	SON
3.	ABHAN TARA	16	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के, पीछे 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) उपभोग्य 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-LE
2.	SURGERY-LE (CZCS + ZOL)

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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

- 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 कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निवेदन भी खारिज होगी।
- 2) मैं यहाँ पर सहायक निवेदन "कौशिका फाउन्डेशन", से होने वाला है, इसका उपयोग उचित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता दिया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैंने इस सहायक हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, इस निवेदन का व्यक्तिक या राजस्व विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (স্বাক্ষর করুন)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 या अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी साक्षी की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका कारागृहों और उसके मालिकों" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो आदि जो विवरण इस प्रश्न में संलग्न हैं, उसे "कोशिका" एचएम माली, राब, मायकाया दुखे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के निम्ने किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के खतों या चार से करने के लिए "कोशिका कारागृहों" व माली अधिकृत है।
- 2) मैं (अभ्यर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सारांश में उल्लेखित हैं प्रेषित हैं मुझे पता: सारांश का एकबार नहीं बदला। इस संबंध में "कोशिका" एचएम उसमें व्यक्तिगत या निर्वास जीवन और कार्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्षा के समान या अग्रे या पिछे

AGREEMENT by HOSPITAL (HAF001 370 000)

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 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.

इससे अधिकतर, इसकाथी की ओर से घायले/देरी को "कोशिका फायनेटेशन" से विविध संरचना हेतु विचारों की जाती है, बिना हम (हमेशा) विभिन्न प्रकार से मान्य व समीक्ष्य करते हैं।

- 1) यह कि न तो पर्याप्त और न ही अधिक में विविध सामग्री किसी भी सरकारी संग्रण या किसी अन्य उद्योग से उठाए जा सकती है, जैसे कि हमने "कॉलेक्शन फॉर स्टडीज" से डिप्लोमा/विशेष उद्योग के सम्पत्ति में "कॉलेक्शन फॉर स्टडीज" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलेक्शन फॉर स्टडीज" द्वारा सामग्री विविध अधिकाधिक उद्योग से प्राप्त नहीं किया जाता है तो संग्रण किसी अन्य भी सरकारी संग्रण या किसी अन्य संग्रण से संग्रण लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि संग्रण द्वितीय मदद उठाए जा सकते हैं कि किसी भी सरकारी संग्रण या किसी अन्य संग्रण से नहीं लेना/लेनी।
2. "कॉलेक्शन फॉर स्टडीज" से ही नए संग्रण संग्रण विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमसब द्वारा ही नए संग्रण या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का पुनर् उपयोग ऐसी एवं हमसब को बीच का विवर है और "कॉलेक्शन फॉर स्टडीज" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हमसब में ऐसी को इत्यादि सुरक्षा और अपने जाने की सारी विम्वेदनी ऐसी एवं हमसब को कोई और "कॉलेक्शन" को कोई सुरक्षा या विम्वेदनी इस संपत्ति में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीयती नो लिप संस्तुति

Shib Sankar Banerji

Director

Cornea & Contact Lens Foundation & Research Centre

Date of Surgery

अभिलेखन की शक्ति

Dr. Nalinakshar

MARS DOOR

Reg. No. 43726

Sustent Fys. Foundation

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

ਭਾਵਨਾ ਆਪਣੇ ਮਨ ਤੋਂ ਹਟਾਉਣਾ ਬਦੀਹੁ ਹੈ

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

नाम व पद हस्ताक्षर अभिप्रेत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KCSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इत्युच्यते ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तधर २

Exchanged

here