

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0010/1542

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

7/9/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MD AAKAKARA

AGE-YEARS अनु-वर्ष

51

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

MD SULEMAN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BENURAN BANERJEE 3RD, DOWTA, HOWRAH
714003, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

-AS ABOVE-

OCCUPATION :

व्यवसाय

RICKSHAW PULLER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS 1200 X 12 = 22800/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाल संख्या

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

क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

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 सम्बन्ध
1.	MD AAKAKARA	51	M	SELF
2.	ANJUM BEGUM	46	F	WIFE
3.	MD TANVIR	23	M	SON
4.	THIRANU BEGUM	21	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) 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 - RE
2.	SURGERY - RE (EYES + JOL)

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 ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: ગણેશક દ્વારા અંબિકા પર:

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता प्राप्त "कौशल विकास प्रारूप", से ले रही हूँ, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों के पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी, इस राशि का वापस या रकम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (सहस्रकृति एन एन)

- 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/post-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 पर अपने हास्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अवश्य सहमत हो चुकित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयों इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, कर्मचारी द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विचार यह होगा कि पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी न्यासे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदन के इम्तयाज या ओंठे बा निमज

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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 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.

हमारे अधीनस्थ, प्रमाणित की ओर से परामर्शदाता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को यहाँ है, बिना हम (हस्पताल) विन्य प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

Shib Sankar Bagchi
Director

Dr. Nalini, स्वीकृति के

MBBS, D.C.

REGS. DO. ONE
Reg. No.

Susrut Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

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

हमारा का नम व हमारा व एमि व

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिभूत अधिकारी

Date of Surgery

अनुसंधान का स्तर

7/9/19

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इन्द्रधर ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठ संख्या 2

12/2/78