

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0919/1622

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/9/19

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

RAZMA BIBI MOLLA

AGE-YEARS अनु-वर्ष

52

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

AH RAJJAK MOLLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

UTTAR PASCHIM MEDA, BOSTHAT, NORTH 24-PARGANAS 743444, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

-As Above-

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOMEMAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS 1900 X 12 = 22800/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

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

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.	RAZMA BIBI MOLLA	52	F	SELF
2.	ABDUL MOLLA	29	M	SON
3.	SUFIYA BIBI	28	F	DAUGHTER
4.	INQAMA BIBI	25	F	DAUGHTER
5.	HAFIZA BIBI	22	F	DAUGHTER
6.	CALEMA BIBI	20	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश 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) उपभोग्यता 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.	DZAGNOSES-CATARACT-RE
2.	SURGERY-RE (SECS + 120)

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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

- 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.
- 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.
- 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.

- मैं यहाँ घोषणा करता 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 सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेखित हैं।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रारूप नहीं भेज चुका हूँ, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या समकालीन किसी अन्य फाउन्डेशन/रोक/कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/post-up/republish 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.

- इस प्रकार का मेरा हस्ताक्षर या अंगुली का छाप इस प्रकार है (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हों, जहाँ "कोशिका" समूह, पत्राचार, दूर, दूरदर्शन व पुरी मीडिया के माध्यमों से सहायता के लिए जानकारी देगा।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित करने के लिए उपयोग में नहीं लाया जाएगा। इस बात का निर्णय केवल "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टी ही कर सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली 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.

- हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता नहीं मिलती है, तो हम (हस्पताल) अपने अधिकृत अधिकारी के माध्यम से सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हस्पताल हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य चीजों को सही दिशा में लेने एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. K. Ghosh MBBS, DNB, FRCS Reg. No-50971 Superintendent, Dr. K. Ghosh & Research Centre आवेदक का नाम व हस्ताक्षर व पता	Shri. K. Ghosh Superintendent (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जान व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2