

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/0919/1623		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 11/9/19	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: FULJAN BIBI		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 79	SEX लिंग: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: MEOTADDEN MONDAL			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: PURBA UTTAR CHANDLA DURGAMUHSCHIN PABAL NORTH 24 PARAGANA 743401, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: - AS ABOVE -			

OCCUPATION: व्यवसाय: HOME MAKER	MARRIED (विधिवित) / UNMARRIED (अविवाहित):
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: RS 1800 X 12 = 21600/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)
PAN No. स्पष्ट खाता संख्या:	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं? (जो सत्य 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 सम्बंध
1.	FULJAN BIBI	79	F	SELF
2.	FARIHA BIBI	56	F	DAUGHTER
3.	SAFIQUL ISLAM	54	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधिगत आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 - LE
2.	SURGERY - LE (Cataract + 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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एवं प्राप्त सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र: (आवेदक को भरना)		APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE	
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 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। 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद पत्र है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना धाराणा हेतु यह प्रारूप को नहीं है, इस मदद का उपयोग या वापस किया जाने वाला प्रोसिड्यूर/वर्क/कम्पनी से न हो सके है और न ही, भविष्य में हो सके।			
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)			
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/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) स्वयं स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" द्वारा मीडिया, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि माध्यमों के माध्यम से प्रचारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा मेरी उपस्थिति के बिना मेरी सहायता के लिए उपयोग करने के लिए उपयोग नहीं किया जा सकता है।			
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान			
AGREEMENT by HOSPITAL - (हस्पताल द्वारा करण)			
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 अधिकारी की ओर से यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं। 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी कारणों से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, यदि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हमारे पास अपने अधिकारों का उपयोग करने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हमारे पास वित्तीय सहायता के लिए कोई भी अन्य स्रोत नहीं है, हमारे पास वित्तीय सहायता के लिए कोई भी अन्य स्रोत नहीं है। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी और हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" इस बात का कोई दायर नहीं है। इसलिए हस्पताल के रोगी के इलाज के लिए हमारे पास वित्तीय सहायता के लिए कोई भी अन्य स्रोत नहीं है।			
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE			
Date of Surgery: 11/9/19 Dr. K. Ghosh MBBS, DNB, FRCS Reg. No. 50971 Samar Eye Foundation Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Samar Eye Foundation Research Centre			
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पास पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी			
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION			
SIGNATURE of TRUSTEE 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2	
हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>		हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>	