

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0919/1648

APPLICATION DATE: 12/01/19

NAME of APPLICANT: SAMUDDIN

AGE-YEARS 59

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MINHAJUDDIN

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

77 NO RUSTAMGHAT, JAGATDAL, BHATARA, NORTH 24 PARGANAS 743125, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION: CONTRACT LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 17000 X 12 = 204000

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. क्या दाता संछत

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छाँट का निशान लगावें)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संछत	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SAMUDDIN	59	M	SELF
2.	HAJERA BIBE	52	F	WIFE
3.	JAMRUDDIN	29	M	SON
4.	SAIEDA BIBE	23	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संछत	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CPTABACT-LE
2.	SURGERY - LE CECISTOMY

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संछत	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक हुन भवत पतः**

- 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 यथावत कहता 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 यथावत कहता हूँ कि मैं प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में उद्देश्य के रूप में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यथावत कहता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की रकम की वापसी नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा छापना इस फॉर्म पर, मैं (आवेदक) यहाँ से सहमत हो चुका हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत किया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और ये विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, इसे "कोशिका" द्वारा मुझे, मेरे, मेरी या मेरी संस्था के लिए प्राप्त करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। यह जानकारी कोशिका फाउंडेशन और/या इसके त्रुस्टीयों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे इलाके के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या त्रुस्टीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि आगे के उद्देश्यों के लिए प्रेषित हैं, स्वतंत्र रूप से कब भी उपयोग किए जा सकते हैं। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके त्रुस्टीयों का निर्णय अंतिम और बाधनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपका मेरा सम्बन्ध है अतः मैंने भी

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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 अधिकार, हस्ताक्षरी भी और वे संप्रदाय/पंथों को "कोशिका प्रत्यन्वेषण" से विरहित सहायक हेतु सिद्धि/विधि भी पाले हैं, जिसे हम (हमपाठक) निम्न प्रकार से सम्यक् व सहीकर करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विविध संस्थापन किसी एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उभर रहे/प्राप्त होने में लगे या हो रहे हैं, बल्कि कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्नलिखित/विभिन्न प्रकार के सम्बंध हैं "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा संस्थापन विविध अधिकाधिकार हेतु मजदूर नहीं किया जाता है तो असंगत किन्हीं अन्य एक सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सम्बंध होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असंगत द्वितीय नगर उभर रहे/प्राप्त होने हेतु किसी एक सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं होगा/होती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गाँव संस्थापन केवल विविध प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हमला द्वारा ही गाँव संस्थापन किसे नये उभर/अधिकार का पुनर्गठन ऐसी एवं हमला के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमला में ऐसी को इतना मुश्किल और अपने अपने भी नहीं किन्हीं/ऐसी एवं हमला को हटाने और "कोशिका" को कोई धमिका या किन्हीं/ऐसी इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Arunava Bandyopadhyay MBBS, MS Reg. No. - 59300 Surgeon in Charge & Signatory of the Hospital	 Director Surgical Endoscopy & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमारा अधिकृत अधिकारी
12/9/19		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरांगिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हरदाश 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हरदाश 2
	