

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1010/1687 APPLICATION DATE: 13/10/2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: NAMTA J BEGAM AGE-YEARS: 53 SEX: F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ABDUL LATIF MOLLA
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: GOBILA PASCHIMPARA, KACHUA, BASKIRHAT, NORTH 24 PARAGANAS 743424, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSEWIFE MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अनिवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 X 12 = 19200/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या है या नहीं? ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चक्रांक का निशान लगाएं) 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.	NAMTA J BEGAM	53	F	SELF
2.	ABDUL LATIF MOLLA	68	M	HUSBAND
3.	AJHTRA BEGAM	31	F	DAUGHTER
4.	TAHAMINA BEGAM	28	F	DAUGHTER
5.	KAHEMINA BEGAM	25	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये चिन्हित 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 (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी 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: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में कहीं भी मैं या मेरा परिवार, इस उद्देश्य के अतिरिक्त किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न तो सहायता लेगा और न ही भविष्य में लेगा।

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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, उत्सवों से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत करें। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित नहीं किया जाएगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी इच्छा के उत्सवों से प्रतिनिधित्व मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, साप्ताहिक पत्रों का प्रचार और साप्ताहिक प्रचार नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से उपरोक्त के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी तरह की सहायता से किसी अन्य स्रोत से उभरा जाएगी/प्राप्त होगी या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसेलत किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश मर उस स्रोत/सहायता हेतु किसी भी तरह की सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित है। मेरी या हमसेलत द्वारा ही मैं सहायता का विषय में उपचार/उपचार का चुनाव मेरी एवं हमसेलत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हमसेलत में मेरी के इच्छा सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी मेरी एवं हमसेलत की होगी और "कोशिका" को कोई दखल या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 11/10/2019	Dr. Hari Shanker Nag MBBS, MS (OPHTH) Reg. No. 85668 (Name of the Hospital with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Hari Shanker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2