

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1019/1705
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 12/10/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ABDUL OHAD GAZI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 69
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KEDAR BAKS GAZI
पिता/कन्या का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BHOLAHAT, NAKSHIN HARIJANGA, SOUTH
24 PARGANAS 743399, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1500 X 12 = 18000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. रणनी संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गहरी का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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 से सम्बन्ध
1.	ABDUL OHAD GAZI	69	M	SELF
2.	CHOLEHAR BAKI	52	F	WIFE
3.	ROYEUBODIN GAZI	26	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) पट्टीको रिकार्ड के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारेण सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (LICS + IOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि
------------------------	---	---

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थात्क द्वारा घोषणा पर):

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानको के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में प्रस्तुत नहीं किया गया है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में या अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे की वापसी नहीं की है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात्क द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्क) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा मांगे गए उद्देश्य से मुझे प्राप्त किए गए और प्रदान किए गए हैं। इस प्रारूप में मांगे गए उद्देश्य से मुझे प्राप्त किए गए और प्रदान किए गए हैं।
- 2) मैं (अर्थात्क) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रकाशित करने से मुझे प्राप्त किए गए और प्रदान किए गए हैं। इस प्रारूप में मांगे गए उद्देश्य से मुझे प्राप्त किए गए और प्रदान किए गए हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्थात्क के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Handwritten signature: अर्थात्क

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient (or 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 हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांगी जा रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हस्पताल को सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप में मांगे गए उद्देश्य से मुझे प्राप्त किए गए और प्रदान किए गए हैं।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अन्य चीजों की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी और हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery अभियोग की तारीख 12/10/2019</p>	<p>Dr. Anshu Das MBBS Reg. No. - 59372 Senior Eye Surgeon & Research Centre (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p><i>Signature of Sankar Bagchi</i> Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्याता हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्याता हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>Handwritten signature of Trustee 1</i></p>	<p><i>Handwritten signature of Trustee 2</i></p>