

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 2/10/19/1746 APPLICATION DATE: 15/10/2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SAHADAT TALUKDAR AGE-YEARS आयु-वर्ष: 47 SEX लिंग: M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ALI AHAMED TALUKDAR
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: सद्यस्थायी पता
SOLGDHALIA CHAMPARATI, SOUTH 24
PARANAC 743330, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता
AS ABOVE

OCCUPATION: LABOURER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2500 X 12 = 25200/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सद्यस्थायी 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 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 सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1. | SARADAT TALUKDAR | 47 | M | SELF |
| 2. | FATEMA BIBI | 42 | F | WIFE |
| 3. | SAKIB TALUKDAR | 20 | M | SON |
| 4. | SHARHIN KHATOON | 17 | F | DAUGHTER |

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

| | | | |
|---|---|--|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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. | DIAGNOSIS - CATARACT - LE |
| 2. | SURGERY - LE (STICS + 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 सी गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 सभी सहायता मिलाने की आसक्ति है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले या नहीं है, उसका उपयोग उल्लेखित उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में कहीं भी या भविष्य में, इस उद्देश्य का अर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा करार)

- 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 (अर्पणकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, प्रकाशित पत्रों, उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उल्लेखित उद्देश्य के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण और उद्देश्य के पत्रों या पत्रों में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उल्लेखित न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

अरुण कुमार

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 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से प्राधिकृत व्यक्ति को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिते हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से गमन से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिवेदन प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/असहमत हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं सहायता लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सही सहायता का निर्णय लेने का पूर्ण अधिकार रोगी एवं हस्पताल को होता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अन्य चीजों की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिये सिफारिश

| | | |
|--|---|---|
| <p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख 15.10.2019</p> | <p>Dr. Dhiranjan Jay Giri MBBS, MS Reg. No.-60578 Surgical Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p> | <p>Shikhar Bagechi Director Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> |
|--|---|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|---|---|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2</p> |
| <p><i>[Signature]</i></p> | <p><i>[Signature]</i></p> |