

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. : K/1019/1762

APPLICATION DATE : 16/10/2019

NAME of APPLICANT : HAFIZUR SARDAR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

47

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MOJAFFER SARDAR



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PURBA, DEBANGHA, NORTH 24 PARAGANAS 743424;  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : CONTRACT LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 12000/12 = 22800/-

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 के साथ सम्बन्ध
1.	HAFIZUR SARDAR	47	M	SELF
2.	SHIFA BTBI	43	F	WIFE
3.	MOHAMMAD KADER SARDAR	21	M	SON
4.	AHARUL SARDAR	17	M	SON
5.	HAZIYA KHATOON	12	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 पर (प्रमाण पर की छाव प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाव प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पर की छाव 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 — LEC(SICS + TOL)

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

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा सच्यता का दावा है तो मेरी सहायता विलय को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/post-up/produce 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 प्रकार का करने इच्छा का अंगूठे को दायाँ सहायक, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों के माध्यम से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। मैं इस प्रकार का विवरण यहाँ प्रदान कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत कर रहा हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, इसके अलावा किसी भी प्रकार का अधिकार नहीं रखता। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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



**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 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 को और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रारूप में सहायता का दावा है कि अस्पताल द्वारा सहायता प्रदान करने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है। मैं इस प्रकार का विवरण यहाँ प्रदान कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत कर रहा हूँ। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उनके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

**Dr. K. Ghosh**

स्वीकृति के लिए हस्ताक्षर

**Shib Sankar Bagchi**

Director

Susrut Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

यम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
अभियोग की तारीख  
**16-10-2019**

**MBBS, D.O, DNB, FRCS**  
**Reg. No.-50971**  
**Susrut Eye Foundation & Research Centre**  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
रजिस्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2