

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/11119/2150 APPLICATION DATE : 14/11/2019  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : LATIF SHAH AGE-YEARS आयु-वर्ष : 64 SEX लिंग : M  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : EBATULYA SHAH  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तव्य अवसंधीय पता  
CHANDI HAT, UTTAR KACHIPUR, SOUTH  
24 PARGANAS / FOOISS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी अवसंधीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION : UNEMPLOYED MAJURED (विपक्षित) / UNMAJURED (अविपक्षित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1300 x 12 = 15,600 (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. क्या है/ नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें) 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.	LATIF SHAH	64	M	SELF
2.	AYESHA BIBI	63	F	WIFE
3.	HONJAR BIBI	34	F	DAUGHTER
4.	NAWAZ SHARIF	31	M	SON

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

EPL Card  
(Attach Card Copy)  
गरीबी रेषा के नीचे उपयुक्त पत्र  
(उपयुक्त पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)  
अल्प आय वर्ग उपयुक्त पत्र  
(उपयुक्त पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Ration Card  
(Attach Copy)  
उपभोग्यता कार्ड  
(उपयुक्त पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)

Any Other  
Basis/Proof  
अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रतिलिपि संलग्न
1.	DIAGNOSTIC — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों 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: (आवेदक द्वारा घोषणा करना)**

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन जमाया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे चिकित्सा के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतलाया गया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से वही मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर मैं (आवेदक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, कथन/प्रकाशित करने के माध्यम से, वार्ता, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, आदि माध्यमों से, कोशिका फाउन्डेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए, किया जा सकता है। इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर करने से पहले या बाद में मेरे चिकित्सा के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टियों से प्रदान की गई मदद: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना इस मामले में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद करने के लिए अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)**

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/अनुमति हेतु मदद नहीं मिलती है तो हस्पताल को किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट किया गया है कि हस्पताल को वित्तीय मदद का कोई भी भूमिका नहीं है।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव केवल हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में उपरोक्त सहायता प्राप्त करने के लिए हस्पताल को कोई भी भूमिका नहीं है और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अभियोग की तारीख</p> <p>31/01/2019</p>	<p>Dr. Nitesh Kishor Karan M.B.S., D.O., D.N.B. Reg. No.-63729 (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p>Ankur Bagchi Director (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>
	