

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K11119/2175 APPLICATION DATE : 15/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RASIDA BIBI SEKH AGE-YEARS आयु-वर्ष : 59 SEX लिंग : F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : TAIYEB SEKH
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता
KHASSHAKDAH, UTAR PARA, BAYAMARI,
2 NO SANDESHIKHALI, NORTH 24 PARGANAS
749112 WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता
— AS ABOVE —



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2400 X 12 = 28800/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्या/साता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 संबंध
1.	<u>RASIDA BIBI SEKH</u>	<u>59</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>TAIYEB AIL SEKH</u>	<u>63</u>	<u>M</u>	<u>HUSBAND</u>
3.	<u>KAFIQ SEKH</u>	<u>28</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
4.	<u>NOOR ALAM SEKH</u>	<u>24</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन श्रुती संलग्न
1.	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</u>
2.	<u>SURGERY — RE (SECS + IOL)</u>

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 ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन-अज्ञान सत्य सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त करूँगा, जो कि मेरे लिए ही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में पत्र किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता, पूर्ण या आंशिक, के लिए भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और नहीं लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा पत्र)

- 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए उपयोग के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक का विवरण सही है, जो कि मेरे पते के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है। मेरी सहायता का इस्तेमाल नहीं करता हूँ इस उद्देश्य से "कोशिका" द्वारा प्रकाशित या प्रसारित करने के लिए अधिकृत होता है।

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



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा पत्र)

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.

हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा, हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउन्डेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रत्येक से प्राप्त कर सकते हैं।

1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अधिकृत है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल वित्तीय प्रत्येक सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता लेना चाहता हूँ। मेरी सहायता प्रत्येक में मेरी सहायता के लिए मेरी सहायता/उपचार का चुनाव करने पर हस्ताक्षर करने का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में मेरी सहायता सुरक्षित और मेरी सहायता को ही सहायता देनी चाहिए और "कोशिका" को कोई भी सहायता या वित्तीय सहायता नहीं देनी चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>15/02/2019</p>	<p>Dr. Aranya Das 3066-408 Reg. No. - 89372 Surgical Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Dr. Sankar Dasgupta Director Surgical Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद 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>
	