

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 2183 / 119 / 2183 APPLICATION DATE : 15/11/2019

NAME of APPLICANT : HAYNADDIN GAZI AGE-YEARS 64 SEX Male

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MOSLEEM GAZI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : PATHARGHATA, SANDESHKHALI, NORTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2100 X 12 = 25200/- (Attach Proof of Income)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	HAYNADDIN GAZI	64	M	SELF
2.	AJUDA BIRI	63	F	WIFE
3.	AMIRA BIRI	38	F	DAUGHTER
4.	HAFIZUL GAZI	34	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

EPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SILOS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा करें)**

- 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.
  - 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.
  - 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रत्यक्ष प्राप्त नहीं तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
  - मेरी द्वारा जो सहायता प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।
  - मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रकरण को नहीं है, उस व्यक्ति का व्यक्ति या प्रकृत किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा सहमति)**

- 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.
  - 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.
- इस प्रकार यह करने इच्छा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रेषित हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित और प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त की जा रही है, उसका उपयोग केवल मेरे उद्देश्य के पूर्णतः पूर्ण करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त किया जाएगा।
  - मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है। मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त की जा रही है, उसका उपयोग केवल मेरे उद्देश्य के पूर्णतः पूर्ण करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित और प्रकाशित किया जाएगा।

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

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

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:

- 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.
- 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 ओर से कार्यवाही के "कोशिका फाउंडेशन" के लिये सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उचित उपचार/उपचार से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु सहायता नहीं मिलती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अन्तर्गत यह है कि सहायता सिफारिश करने वाले सहायता संगठन को सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार के चयन/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हस्ताक्षर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में उपरोक्त उद्देश्य और मान्यता को सही विधि/प्रकार से ही हस्ताक्षर की जाती है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/11/2019	Dr. Ananya Das MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Sushrut Surgeon & Research Centre	Shib Sagar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) राम नर हर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 स्थायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्थायी हस्ताक्षर 2