

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1119/2216
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 26/01/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MD NAYEEM
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 34
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SK KALLOO
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 19/11/13 HARCHI STREET, RAJARAM MOHAN SHARMA, KOLKATA 700009, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: LABOURER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2300 x 12 = 27,600/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है/ नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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.	MD NAYEEM	34	M	SELF
2.	TAJ BEGUM	33	F	WIFE
3.	CHULDEHA BEGA	15	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपान पर (उपान पर की छाप प्रती प्रमाण करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपान पर (उपान पर की छाप प्रती प्रमाण करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपान पर की छाप प्रती प्रमाण करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SIMS + 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 इस पर सहायता कितनी

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही कर रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रबंधन नहीं करूँगा, न ही भविष्य में करूँगा।

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) अर्पणकर्ता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्ब्लम, चित्र, साक्षर/चित्र द्वारा उद्देश्य से चुकी परिधि/विधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिये सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्ब्लम, चित्र, साक्षर/चित्रों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Mr. Nayem

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.
- हस्ताक्षर/अधिकृत, हस्ताक्षर/अधिकृत को "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अधिकृत प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/अधिकृत हेतु माग नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने की आवश्यकता होगी। इस पुष्टि के बिना हमें सहायता हेतु सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के बिना हमें सहायता हेतु सहायता लेने की आवश्यकता होगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता के लिये सिफारिश कर रहा हूँ। मेरे पर हस्ताक्षर/अधिकृत करने के लिये मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी ही इच्छा से किया जा रहा है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर/अधिकृत करने के लिये हमें सहायता हेतु सहायता लेने की आवश्यकता होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery अभियोग की तारीख <i>16/12/2019</i></p>	<p><i>Dr. Sankar Bagchi</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p><i>Sankar Bagchi</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Sesrut Eye Foundation 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 न्यायीय हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i></p>
--	--