

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/1119/2220** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **16/11/2019**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **RAMJAN SARDAAR** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **70** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: **SAIRA KHATUN**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता
**RAMNAGAR, BASERHAT, NORTH 24 PARGANAS
743444, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासीय पता

- AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **RS 1300x12 = 15600/-** (Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / स्पष्टीकरण संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही 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 संबंध
1	RAMJAN SARDAAR	70	M	SELF
2	HANSA ANUR SARDAR	34	F	SON
3	SAIRA KHATUN	67	F	WIFE

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग डालि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग डालि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को अलग डालि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से पाटी को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LB
2.	SURGERY — LE (SICS + 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 एसी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यु फोरम पर)

- 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 पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं हार्दिक रूप से यहाँ पर "कोशिका फाउण्डेशन", से सहायता प्राप्त करने के लिए कह रहा हूँ, इस सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मंगल है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी, इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से या से सहायता नहीं ली है और नहीं लियेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यु फोरम)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर यहाँ पर "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, मुझे, मेरे परिवार के सदस्यों के नाम पर या अन्य उद्देश्यों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए उपयोग करेगा। इस प्रकार का विवरण मेरे इलाज के खर्च या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्यों से प्रचारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्यु फोरम)

- 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 की ओर से यहाँ पर "कोशिका फाउण्डेशन" के वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि हम अब और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए सक्षम रहेंगे जो कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिए मंगल है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ यह बात है कि सहायता वित्तीय प्रकार से प्राप्त करने हेतु किसी भी प्रकार से अन्य सहायता नहीं ली जाएगी।
 2. "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी पर हस्ताक्षर ह्यु फोरम द्वारा या किसी भी प्रकार के उद्देश्यों का प्रचार करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। इस संबंध में हस्पताल में उपरी के इलाज का खर्च और सारे करने की सभी जिम्मेदारियाँ ह्यु फोरम को होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ इस संबंध में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>16/11/2019</p>	<p>Dr. Nalinakshi Karan 1305, 1306, 1308 B-3, Sector-13, Gurgaon (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम के हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Sh. Anil Kumar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम या हम हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

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