

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1210/2895** APPLICATION DATE : **08/12/19**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **MURJAHAN BIBI** AGE-YEARS मातृ-वर्ष **59** SEX लिंग **F**
आवेदन का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **ASRAFUL SK**
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता
GARDIYATAPUR, MIADARA, MURSHEDABAD,
742136, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी अस्थायी पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION : **HOUSE WIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 2300 x 12 = 27600/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. सत्यापित खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्यम हो उस पर घड़ी का निशान लगाएं): 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 आवेदन के साथ संबंध
1.	MURJAHAN BIBI	59	F	SELF
2.	ASRAFUL SK	53	M	HUSBAND
3.	SAMRUL SK	36	M	SON
4.	TAHARUL SK	33	M	SON
5.	SARFUL SK	29	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय पर की जांच प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का आय का (आय पर की जांच प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - (CATARACT - LE)
2.	SURGERY - (LX SURSTICOL)

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 एवं गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं तथ्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं इससे अधिक दत्त "कोशिका फाउंडेशन", से ही या सही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
 - 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रबंध नहीं की है, उक्त दत्त का आंशिक या प्रकृत विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्रकृत, मुद्रित, प्रकाशक द्वारा प्रसारण से मुझे परिवर्धित और प्रकृतियों के लिये किया जा रहा है।
 - 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से निधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निधि सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निधि सहायता के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निधि सहायता/सहायता हेतु मांगी नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित करता है कि हस्पताल द्वारा मांगी जा रही सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही या सहायता संगठन सिफारिश की जाती है। उक्त या हस्पताल द्वारा ही या सहायता या जिसे गैर सहायता/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल को बीमा का निधि है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में लेने के इच्छा हुआ और अपने जाने की सही विनियम लेने एवं हस्पताल की हस्ताक्षर और "कोशिका" को कोई सुनिश्चित या विनियम इस सम्बंध में नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

DR. KOUSIK SARKAR
Reg. No. 67279 (WBGMC)

Shib Sankar Bagchi
Director

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
08/12/19

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोपक्ष 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायोपक्ष 2