

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1219/2900 APPLICATION DATE : 11/12/19

NAME of APPLICANT : PESKAR ALI SEIKH AGE-YEARS : 61 SEX : M

FATHER/SPOUSE'S NAME : BAHAR ALI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : HARIIDUR, SAMMATEENAGAR, MURSHIDABAD
742213, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2200 x 12 = 26400/- (Attach Proof of Income)

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

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.	PESKAR ALI SEIKH	61	M	SELF
2.	KHAIRUNNISHA BIPTI	57	F	WIFE
3.	HAYAT ALI	52	M	SON
4.	KBEENA BIBI	20	F	DAUGHTER
5.	ISHAP ALI	26	M	SON
6.	SEETNA BIPTI	23	F	DAUGHTER

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: चिकित्सा हेतु किसे कसे विपत्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SPCS + 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 एकी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्सेक द्वा रनेरक कर)

- 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 में सच और सही हैं। यदि कोई क्लियर एवं सचर जानकारी प्राप्त होगी तो मेरी प्रार्थना सिद्ध की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को अत्यंत ध्यान से "कौशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही हूँ, जो कि केवल मेरे अर्थों के लिए ही है, जो कि इस प्रकरण में प्राप्त होगी।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक द्वा कर)

- 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 self 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 में मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा प्रदान करने से, मैं (अर्सेक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोट और मेरी तस्वीर इस प्रकरण के अंतर्गत है, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई है, जिसके माध्यम से मेरे अर्थों को प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन को सक्षम करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्सेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोट और तस्वीर को केवल मेरे अर्थों के लिए ही उपयोग करने के लिए ही उपयोग किया जाएगा और कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों को मेरे अर्थों को प्राप्त करने के लिए अधिकृत किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्सेक के हस्ताक्षर या बायाँ तंबू का निम्न

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वा कर)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले कोशिका फाउन्डेशन को यह सुनिश्चित करनी चाहिए कि वे किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे नहीं ले रहे हैं, और कि वे कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त की जाने वाली सहायता के लिए ही कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रदान की गई है, जो कि केवल मेरे अर्थों के लिए ही है, जो कि इस प्रकरण में प्राप्त होगी।

- 1) मैं यह सुनिश्चित कर रहा हूँ कि मैं अभी और भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे नहीं ले रहा हूँ, जो कि कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त की जाने वाली सहायता के लिए ही है, जो कि इस प्रकरण में प्राप्त होगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृतियों की है। उपचार का चुनाव मेरे और कोशिका फाउन्डेशन के बीच के समझौते के अंतर्गत है, और इस प्रकरण में कोशिका फाउन्डेशन का कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए प्रस्तावित

Dr. Amit Budrukkar
Reg. No. - 77481

Shib Sankar Bagchi
Director

Shree Eye Foundation & Research Centre

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
12/12/19

MBBS, DNB (Ophthalmology), FICO
(Name of Dr. & Regs. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
रजि. सं. व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायो हस्ताक्षर 2