

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1210/2014 APPLICATION DATE: 13/12/19

NAME of APPLICANT : HANUFA BEBE AGE-YEARS 69 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SAMAJHAN SEKH



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KHARGRAM, MURSHIDABAD DISTRICT, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -

OCCUPATION : HOME MAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 x 12 = 24000/- (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्ट करें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No 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 सम्बन्ध
1.	HANUFA BEBE	69	F	SELF
2.	SAVBA BANI	43	F	DAUGHTER
3.	AGGARA BEBE	43	F	DAUGHTER
4.	AGNIB KANAM	40	M	SON
5.	KATOBA BEBE	36	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रेशा के नीचे प्रत्यक्ष पर (प्रमाण पर की छाव प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाव प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पर की छाव प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे करने निशुद्धी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रस्तुत करें
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (3PCS + 90L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे 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: आवेदन दान के लिए यह:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दान के सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन", से ही मदद चाहता हूँ, इसका उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पद प्राप्त है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में कभी भी, इस मदद का अंशिक या पूर्णतः निरस्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान के लिए)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" को सार्वजनिक करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रश्न का निराकरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी इच्छा के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से किया जा सकता है। इस प्रश्न में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित या प्रसारित होने वाले मेरे नाम और विवरण को मैं स्वीकार करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान के लिए)

- 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 करके, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को और से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं, यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रश्न में हम स्वीकार करते हैं कि हमें सहायता प्रदान करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता लेने की आवश्यकता है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से हमें प्राप्त होने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव या प्रक्रिया के चयन के लिए हमें स्वयंसेवक का चुनाव करने का अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के बिना हमें उपचार प्रदान करने का पूर्ण अधिकार है। इसलिए हमें उपचार प्रदान करने की पूरी जिम्मेदारी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery अपरेसन की तिथि 13/12/19</p>	<p>DR. KOUSIK SARKAR Reg. No - 6729 (WBMC) MBS MS Fellowship in Cataract & Refractive Surgery (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ पर</p>	<p>Shib Sanjay Bagchi Director Central Eye Foundation Kolkata (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर या पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2</p>
	