

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/120/2015 APPLICATION DATE: 13/12/19

NAME of APPLICANT: RUHUL AMEN AGE-YEARS 61 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: EKRAM SK



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: ERDALS, JAFARPUR, MURSHEDABAD 742147 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -

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

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 x 12 = 22800/- (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. उपरोक्त खाली छोड़ें

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.	RUHUL AMEN	61	M	SELF
2.	MANJIRA BIKET	54	F	WIFE
3.	MAERUL ISLAM	31	M	SON
4.	MOSLEMA ABET	20	F	DAUGHTER
5.	SAMMA BEGAM	26	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	-------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गने निम्नी 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 - LE (S.P.C.S + P.O.)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एकी गई सहायता की राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक इच्छा घोषणा 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत बयान एवं गलत जानकारी प्रदाता करेगा तो उसे कोई सहायता मिलने की संभावना नहीं है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त की जाएगी, जो इस प्रारूप में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरे परिवार को कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे मिलने हैं और मैं ही अधिकारी हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक इच्छा करण)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ ओर उंगली का छाप करके, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" को सार्वजनिक रूप से प्रकाशित करने के लिए सहमत हूँ। मैं (आवेदनक) कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों को सहायता प्राप्त करने के लिए मिलने वाली छवि और पता का उपयोग करने के लिए सहमत हूँ।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के उत्तरदायित्व के प्रकाशित करने के लिए मैंने सहमत होना स्वीकार किया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या बायाँ ओर का छाप

(Handwritten Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इच्छा करण)

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.

हस्पताल के अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर करके, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए सहमत होंगे, क्योंकि हमें कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त नहीं की जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है।
- 2) कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चयन और प्रक्रिया का चयन रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता को प्रभावित नहीं करता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

DR. KOUSIK SARKAR

Reg No - 67279 (ANBMC)

MBBS MS Fellowship in Cataract Microsurgery

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)

Shib Sankar Bagchi

Director

Corneal Eye Foundation Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

यह पत्र हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

(Handwritten Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

(Handwritten Signature)