

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3244 APPLICATION DATE : 11/1/2020
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : NURJANA BEGUM AGE-YEARS : 70 SEX : F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ABDUL HAMID
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 36, JANNAGAR ROAD, JINTAN STREET, INTALLY, KOLIKATA 700014, WEST BENGAL
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायित्व निवास पता



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1500 x 12 = 18000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आय कर आय कर दाता है (जो खाना हो उक्त पर चिह्न का निशान लगाएं) Yes / NO हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS : पतिवत 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	NURJANA BEGUM	70	F	SELF
2	ABDUL HAMID	78	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) एपिली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लाने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को 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 ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य मात्रा में हो भी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं हूँ, इस राशि का आर्थिक या प्रकृत विपदा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा 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/print/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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विषय में अपने नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रसारण करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वेद, पत्र, ऑडियो और विवरण का प्रसारण कर सकते हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, प्रसारण करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वेद, पत्र, ऑडियो और विवरण को किसी भी माध्यम से, प्रसारण कर सकते हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, प्रसारण करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वेद, पत्र, ऑडियो और विवरण को किसी भी माध्यम से, प्रसारण कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद, पत्र, ऑडियो और विवरण को किसी भी माध्यम से, प्रसारण करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वेद, पत्र, ऑडियो और विवरण को किसी भी माध्यम से, प्रसारण कर सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आगे/उपरोक्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के संरक्षण या किसी अन्य रोगी से उभर स्रोत/संस्था से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की जानकारी के साथ ही "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिये अन्य स्रोत/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्राप्ति के लिए हमें स्पष्ट करना पड़ेगा कि सहायता वित्तीय प्रकृत उभर स्रोत/संस्था से नहीं ले रहे हैं।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही या सही माध्यम से वित्तीय सहायता प्रदान की जा रही है। रोगी का इलाज और सुरक्षा के लिये हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा चिकित्सक का निश्चय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा निश्चय रोगी के इलाज गुण और सुरक्षा के लिये ही है और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>11/1/2020</p>	<p>Dr. Priyanka Chatterjee (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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