

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0120/3284 APPLICATION DATE: 13/11/2020
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: JAHANARA BIBI AGE-YEARS 65 SEX F
आवेदन का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAMSUL HAQUE LASKAR
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DATTABAGUR ROAD, AMTALA, CANNING, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायी निवास पता



OCCUPATION: HOME MAKER MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 2000 x 12 = 24,000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. क्या है? ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
या तो आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) 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 आवेदन के साथ सम्बन्ध
1.	JAHANARA BIBI	65	F	SELF
2.	ASHRAF LASKAR	47	M	SON
3.	TRAFIM LASKAR	40	M	SON
4.	TAPSEET LASKAR	38	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (अपना पत्र भी साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (अपना पत्र भी साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (अपना पत्र भी साथ में संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या दिवंगत का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता (जैसे अन्य स्रोत से प्राप्त) क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक वर्ष सहायता का राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक छप भोगव 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह भी प्रमाण निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पर्यटन है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस मदद के लिए भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड है और न ही भविष्य में रिफंड।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक छप 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/post-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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगल छाप करके, मैं (आवेदनक) अपनी छवि और बाएँ उंगल के छाप को "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित या पुनः प्रकाशित करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करके, जिसमें शब्द, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं। इसका इस्तेमाल कोशिका फाउन्डेशन और/या इसकी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिये किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" को प्रकाशित करने से मेरी मदद के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद की जा सकती है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टी द्वारा प्रकाशित करने से मेरी मदद के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद की जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगल का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल छप 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.
- इसके अधिकृत, हस्ताक्षर को करके हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं:
- 1) यह कि हम इस समय और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में नहीं लेते हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि के साथ हम मान्यता देते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" को वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने से हमें कोई भी अन्य सहायता प्राप्त नहीं होगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज छप की सही मदद या बिना मेरे उपचार/उपचार का चुनाव करने पर हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज का चुनाव और जाने जाने की सही जिम्मेदारी हमें ही हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपेक्षा की तिथि</p> <p>13/1/2020</p>	<p>Dr. K. G. ... M638, 60, ... RAG- ... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) रोगी का नाम व हस्ताक्षर य परि. २</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोगी का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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