

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/0120/3290** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **13/1/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **ASLEM MORAL** AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **62** SEX / लिंग : **M**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : **ROMAZL MORAL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासस्थान का पता : **UTTAR GANSA, SOUTH 24 PARGANAS, F45363, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासस्थान का पता :

AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय : **FARMER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **RS. 1600 x 12 = 19,200/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / पान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय करदाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न का निशान 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 / आवेदक के साथ संबंध
1	ASLEM MORAL	62	M	SELF
2	RASID MORAL	28	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) / एपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / एएससी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे करने विच्छेद का वर्णन:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / आनुवंशिक/चिकित्सा से कारों को सह प्रतिक्रिया सूची प्रस्तुत
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICL + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता (आय) अन्य स्रोतों से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वाय 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
 - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता लगा है।
 - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं प्रार्थना हेतु यह प्रश्नकों को नहीं हूँ, इस दवा का खर्च या प्रत्येक निदान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वाय 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/print-up/produce 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारण, प्रकाशन, प्रसारण से धुंधली प्रतिलिपि और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निरास करने के लिये या यह मैंने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी प्रार्थना के अंतर्गत में प्रसारित है पूर्णतः प्रार्थना का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।


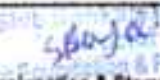
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरक द्वाय 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरक को और से आवेदनक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय प्रार्थना हेतु सिफारिश को करते हैं, किसे हम (हस्ताक्षरक) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय प्रार्थना किसी भी प्रकार से मांगना या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण/कम्पनी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय प्रार्थना के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना निरास/प्रकार हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत या प्रार्थना के लिये या किसी अन्य स्रोत से प्रार्थना लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करता जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रार्थना प्रार्थना हेतु किसी भी प्रकार से मांगना या किसी अन्य स्रोत से लेने/ले रहे हैं।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद प्रार्थना के लिये प्रार्थना को है। उद्योग पर हस्ताक्षरक द्वाय ही मांगता या दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षरक को खर्च का निरास है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रश्न नहीं है। इसलिए हस्ताक्षरक में उद्योग को प्रार्थना सुरक्षित और जाने जाने को सही विधि/प्रकार लेने एवं हस्ताक्षरक को लेने और "कोशिका" को कोई प्रार्थना या निरास हेतु प्रार्थना में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/1/2020	 Dr. H. G. Singh M.D., D.C., D.M.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षरक का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षरक अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गतक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2
