

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K10120/3761** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **29/1/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **YAGUB ALI** AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: **60** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रिय का नाम: **GULAB RABBANI**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
CG SADHANA AL-SADHANA ROAD, SOUTH DUMDUM, NORTH 24 PARAGANAS 700048, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:
— AS ABOVE —



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **RS 1800 X 12 = 21600/-** (Attach Proof of Income) (आय का सबूत प्रस्तुत करें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो फॉर्म हो उस पर 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 / आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|-----------------------|--|---------------------------|---------------|--|
| 1 | YAGUB ALI | 60 | M | SELF |
| 2 | ASADGOL ALI | 31 | M | SON |
| 3 | SABIR ALI | 29 | M | SON |
| 4 | RAM JAN ALI | 28 | M | SON |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता को सिद्ध विधि बताएं

| | | | |
|--|--|---|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उचित संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत |
|--|--|---|--|

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निवेदन का उद्देश्य:

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाविवरण सूची संलग्न |
|-----------------------|---|
| 1. | DIAGNOSIS — CATARACT — LE |
| 2. | SURGERY — LE (3 ILS + IOL) |

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

| Sr. No. / क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि |
|-----------------------|---|---|
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक द्वारा घोषणा करें)

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं, और कोई झूठा विवरण एवं कथन अज्ञान कथन नहीं है जो मेरी सहायता निरास कर सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त करूँगा, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अज्ञान से नही, और भविष्य में भी नहीं, इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ली है और न ही ली है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक 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/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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, उसे "कोशिका" एवम् भरोसे, रूप, साधकता द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सहायता को प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी सहायता के प्रकार या धर से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित है जुड़े सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् भरोसे के भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता को किसे अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता हेतु सहायता हेतु सहायता को किसे अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही नही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नही सहायता या किसे गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|--|--|--|
| Date of Surgery अंगरेज की तारीख 29/11/2020 | Dr. Priyansha Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. - 70555 (Name of Doctor & Hospital; No. With Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्पताल का पते व | Sh. Anshu Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|--|--|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 स्थायी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्थायी हस्ताक्षर 2 |
| | |