

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0/20/3702 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 29/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : MADINA BIBI AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 60 SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम : GAFAR ABDUL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : 119 SP BANERJEE ROAD, BERHAMPUR, ALAM GAZAR, NORTH 24 PARGANAS 700035, WEST BENGAL

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



OCCUPATION / व्यवसाय : HOME MAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS 1600X12=19200 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या : 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 से संबंध
1	MADINA BIBI	60	F	SELF
2	ABDUL HAKIM	39	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न की)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
---	--	--	---------------------------------------

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे लिये निम्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के 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 / ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
 - 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.
 - 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। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस प्रारूप में सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ही ले रहा हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस दवा की वित्तिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में हूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा करण)

- 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.
 - 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी छाप/चित्रण को जुड़ित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, जैसे "कोशिका" एम्बलम, पत्र, पत्रिकाएँ एवं इंटरनेट से जुड़ी पब्लिसिटी और वेबसाइटों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के परत या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से जोड़ सकते हैं। सहायता का इस्तेमाल नहीं करना इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्बलम, पत्रिकाएँ और वेबसाइटों का निर्माण और सम्भारणी 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 & except following:
- 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.
 - 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 सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से घोषणा व स्वीकार करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/सफल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हमसबल किसी अन्य स्रोत सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसबल द्वितीय पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से ही ले रहे/लेगी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमसबल द्वारा दी गई सहायता किसे गले उपाय/उपचार का चुनाव लेते एवं हमसबल को रोग का निष्पत्ति है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमसबल में रोगी के इच्छा सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी लेते एवं हमसबल को रोगी और "कोशिका" की कोई भी सहायता या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार के लिये संप्रस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 29/1/2020	Dr. Divyanshu DNB MBBS, DNB Reg. No. - 70555 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. S. S. Begchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	