

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3854
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 10/01/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SERAJUL ISLAM
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष : 65
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MAFEJ SK
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

BHALA, MURSHEDABAD 342226, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION : UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2200 x 12 = 26400/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. प्राप्त/प्राप्त संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो रहा पर सही का निरूपण करें)

Yes / No
हां / 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. | SERAJUL ISLAM | 65 | M | SELF |
| 2. | MABSOUSA WIAI | 58 | F | WIFE |
| 3. | HABIBUR ISLAM | 33 | M | SON |
| 4. | MIRYASUR ISLAM | 28 | M | SON |
| 5. | MARJATVA BEBI | 31 | F | DAUGHTER |

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

EPL Card
(Attach Card Copy)
मरीजी रोग के लिये उपलब्ध पत्र
(उपलब्ध पत्र को साथ ही संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)
आय आय वर्ग उपलब्ध पत्र
(उपलब्ध पत्र को साथ ही संलग्न करें)

Ration Card
(Attach Copy)
उपभोग्य कार्ड
(उपलब्ध पत्र को साथ ही संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof
अन्य कोई प्रमाण

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

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | DIAGNOSIS - CATARACT - LE |
| 2. | SURGERY - LE (SICS + IOU) |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त गयी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यु फोरम 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह बात है जो मेरी सहायता निरास हो या समाप्त हो।
- 2) मैं इस बात को सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ही नही ले रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पद्य किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं है, इस धारा का अर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यु फोरम)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का उत्तर देकर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपने नामों को प्रुति करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टीयों" 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 प्रुति घोषितियों और उपस्थितियों को करने के लिए मेरी छवि को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निरास मेरे उद्देश्य को पूरा करने या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात को सहायता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रुति किया है प्रुति किया: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना इस उद्देश्य में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य प्रुतियों का निर्णय अंतिम और अस्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल ह्यु फोरम)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को अंगूठे से सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रकट करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त उद्देश्य हेतु लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्नलिखित उद्देश्य को सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट नहीं/अपूर्ण है प्रुति नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रुति में सत्यता प्रकट है कि अस्पताल द्वारा प्रकट उद्देश्य हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता संगठन निर्दिष्ट प्रुति की है। मेरी न तो अस्पताल द्वारा ही मैं सहायता या किसी गैर-अस्पतालिय का प्रुति लेने एवं अस्पताल को मेरा नाम और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रुति नहीं है। इसीलिए अस्पताल ने मेरे को उद्देश्य प्रुति और अपने नाम को सही निर्दिष्ट लेने एवं अस्पताल को सही और "कोशिका" को सही प्रुति या निर्दिष्ट इस प्रकार से नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अंगीकार के लिए अनुमति

Shib Sankar Bhowmik

| | | |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery अभियोग की तिथि</p> <p>10/1/20</p> | <p>Dr. Madhusudan Mandal MBBS, MS, Fellowship (Cataract) Regn. No. - 66770 (WBMC) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या छाप</p> | <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) अप या पर 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> |
| <p><i>(Handwritten signature)</i></p> | <p><i>(Handwritten signature)</i></p> |