

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0120/3863	APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 10/01/2020	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: RABEYA BEBI	AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 73	SEX / लिंग: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: ABDUL KASEM		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: SAHESHWARIGALI, LALGOLA, MURSHIDABAD 742148, WEST BENGAL		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: - AS ABOVE -		



OCCUPATION / व्यवसाय: HOUSEWIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 1800 x 12 = 21600/-	(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न)
PAN No. / पैन संख्या: XXXX XXXX	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाख हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):	
Yes / हाँ / No / नहीं: <input checked="" type="checkbox"/> No	

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.	RABEYA BEBI	73	F	SELF
2.	ABDUL KASEM	75	M	HUSBAND
3.	ALI HOSSEIN	47	M	SON
4.	MUSHEDA BEBI	45	F	DAUGHTER
5.	NASEDA KHATUN	43	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रेशन कार्ड के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा करके संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा करके संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा करके संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़े की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SECS + 500)

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED / ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे प्रकरण को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मेरी मदद प्राप्त करने के लिये, इस मदद का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

- 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/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 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र पर "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मैं इस प्रकरण का निवारण करने के लिये या मदद लेने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से मदद अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रयोग के लिये प्रकाशित करने का अधिकार नहीं है। इस सम्बन्ध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रकाशित और प्रसारित की गई जानकारी को स्वीकार करना।

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



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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:

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 सम्बन्धित को "कोशिका फाउण्डेशन" से निधि प्राप्त करने के लिये सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि हम वर्तमान में और भविष्य में किसी भी प्रकार के वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये नहीं कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रारम्भ किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करना चाहता हूँ कि अल्पकालिक रूप से सहायता प्रदान करने का हमें कोई भी भ्रम नहीं है।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी मदद प्राप्त की जाती है, उसे केवल वित्तीय सहायता के रूप में मान्यता दी जाती है। उपरोक्त सहायता के लिये हमने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार सुरक्षित है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी भ्रम नहीं है। इसीलिए हमारा मत है कि उपरोक्त सहायता के लिये हमें कोई भी भ्रम नहीं है और "कोशिका फाउण्डेशन" को कोई भी भ्रम नहीं है कि हमारे लिये कोई भी भ्रम नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये सिफारिश

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>10/01/20</p>	<p>Dr. Madhusudan Manoj MBBS, MS, Fellowship (Cataract) Reg. No. - 66560 (MAMC)</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Shib Sankar Banerji Director Sri Ram Eye Foundation Research Centre</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद 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>
	