

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3864 APPLICATION DATE : 10/01/2020

NAME of APPLICANT : KURBAN ALI SK AGE-YEARS : 65 SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HOSSAIN SK



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DIAR RAWBAGAR, KAMRAGAR, MURSHEDABAD 74222, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -

OCCUPATION : CONTRACT LABOURER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1600 x 12 = 19200 (Attach Proof of Income)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	KURBAN ALI SK	65	M	SELF
2.	SEKHDA BIJE	50	F	WIFE
3.	MANVAN SK	35	M	SON
4.	SOLEMAN SK	33	M	SON
5.	ALFARA BEBE	30	F	DAUGHTER
6.	MANOARA BIJE	28	F	DAUGHTER

BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof
(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Copy)	(Attach Copy)

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: CATARACT हेतु किये गये विन्ही का उद्धार

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्हताक द्वाय घोषणा करः)**

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से व उसी राशि के लिए सहायता नहीं माँगी है और न ही माँगूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्हताक द्वाय करः)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए या अन्य किसी भी उद्देश्य के लिए प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरी इच्छा के अनुसार या अन्य किसी भी उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता मिल सकती है।

2) मैं (अर्हताक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने से मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं होगा। इस सहायता में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा उद्देश्य के अनुसार सहायता और सहायता दी जाएगी।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्हताक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वाय करः)**

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.

हस्ताक्षर करके, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:  
 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वही रोगी के लिए वही सहायता नहीं माँगे, जो हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करने का उद्देश्य है कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा।  
 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता के लिए कोई भी दबाव नहीं है। हस्ताक्षर करके हमें सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा और हमें सहायता प्राप्त करने का अधिकार होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृत के लिए अनुमति

Shri Sankar Bagchi  
Director

Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Dr. Madhusudan Mishra  
MBBS, MS, Fellowship (Contract)  
Reg. No. - 65560 (M.B.M.C.)  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख  
10/01/20

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्हताक द्वाय करः)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2

*[Signature of Trustee 1]*

*[Signature of Trustee 2]*