

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/0120/3865	APPLICATION DATE : आवेदन दिनांक	10/01/2020
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	DELEERA BIBI	AGE-YEARS आयु-वर्ष	70
		SEX लिंग	F
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम	ABDUL KHALEK		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
PURATAN - NADAPARA, RAMPUR, BHAGWANGOLA I, MURSHIDABAD 742123, 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 1700 X 12 = 20400/-	(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)	
PAN No. स्पष्ट होना चाहिए			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को खाना डो उठ पर सही का निशान लगाएं)		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.	DELEERA BIBI	70	F	SELF
2.	TAZKUL SK	64	M	SON
3.	SUFALA BEWA	41	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम को पीछे प्रत्यक्ष पर (प्रत्यक्ष पर को छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर को छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर को छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई सबूत

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक ही हेतु सहायता का राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्रकरण सत्य ज्ञात है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे की मदद नहीं ले रहा हूँ और पैसे की मदद नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप डालकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हैं, उन्हें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये उपयोग के लिये प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे सहमति के प्रकाशित नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित करने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक 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:

- 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 की ओर से प्रस्तावित करने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। बिना इस (हस्ताक्षर) बिना प्रमाण से मान्यता प्रदान नहीं की जाती है।

1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये प्रस्तावित करने "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद ले रहे हैं, यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम घोषणा करते हैं कि हमें सहायता प्रदान करने के लिये प्रस्तावित करने "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है। मदद मिलने के बाद भी हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम घोषणा करते हैं कि हमें सहायता प्रदान करने के लिये प्रस्तावित करने "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद ले रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Shib Sankar Bagchi
Director

Cornea Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
10/04/20

Dr. Madhusudan Mandal
MBBS, MS, Fellowships (Cataract)
Reg. No. - 66568 (BMC)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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