

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/0120/3870** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **11/01/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **SADHANA BIBE** AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **57** SEX / लिंग : **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम : **ABDUL MINARUL**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : **CHARBETPARA, HADUMAITANAGAR, MURSHIDABAD 742135, WEST BENGAL**

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



OCCUPATION / व्यवसाय : **HOUSEWIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **Rs 1900 x 12 = 22800 /** (Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो स्थान हो उस पर सही का चिह्न लगायें) : Yes / No / हाँ / नहीं :

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sl. 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.	SADHANA BIBE	57	F	SELF
2.	ABDUL MINARUL	66	M	HUSBAND
3.	RIFA BIBE	34	F	DAUGHTER
4.	SADULL ISLAM	32	M	SON
5.	MEGAM KHAFIYA	29	F	DAUGHTER

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय का सबूत प्रमाण संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (आय का सबूत प्रमाण संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय का सबूत प्रमाण संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता कियी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sl. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यु अपेकनर फरः)

- 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करने के लिए ही दिये जायेगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, उस मदद का आर्थिक या वस्तुतः निरस्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यु फरः)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 (अर्शेक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रसारित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए या अन्य किसी भी माध्यम के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्तगत करने या नहीं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" पर न्यासीयों पर निर्भर है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के बदलाव के प्रसारित है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्तगत करने या नहीं करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्यु फरः)

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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना किसी (हस्पताल) वित्त प्रकरण से सहायता न ले सकें।

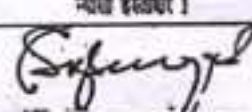
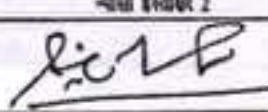
1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से उम्मीद करते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना किसी भी प्रकार के बदलाव हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकरण के लिए सहायता हेतु किसी भी प्रकार के सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता या बिना किसी भी प्रकार के सहायता के लिए ही प्राप्त की जाती है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकरण नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्तगत प्रकरण और अपने नाम की सभी सिफारिशों को ही हस्ताक्षर और "कोशिका" की ओर से अधिकृत या सिफारिश हेतु सहायता में नहीं लेते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/01/2020</p>	<p>Dr. Diptesh Das Reg. No. - 8468 (BMC) M.B.B.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Shib Sankar Bagchi Director Central Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शेक ह्यु फरः)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2</p> 
---	--