

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3872 APPLICATION DATE : 11/01/2020

NAME of APPLICANT : HASENURA BEGAM AGE-YEARS : 60 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ABDUL RAHIM MANDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : GURU NAGAR, HAZARIPUR, BHAGWANPURA II, MURSHI-DABAD 742302, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : — AS ABOVE —



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1800 x 12 = 21600/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / 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 संबंध
1.	HASENURA BEGAM	60	F	SELF
2.	ABDUL RAHIM MANDAL	63	M	HUSBAND
3.	RAHILA BEB	36	F	DAUGHTER
4.	TANAMITA BEB	34	F	DAUGHTER
5.	SAHIBUL ISLAM	31	M	SON
6.	TAJSHIVA BEGAM	27	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने वर विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से जुड़ी कोई प्रविष्टि/दवाइयों का प्रमाण
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED एक ही हेतु प्राप्त की 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कल्पन अथवा सच नहीं है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं सचि है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे नहीं ले रहा हूँ और न ही खर्च करने में तैयार हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

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/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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित करें, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये मेरी छवि और विवरणों को प्रसारित करने के लिये अधिकृत करें। मेरी प्रश्न का निराकरण मेरी जानकारी के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे बिना के बिना प्रसारित करने के लिये प्रार्थना है। प्रश्न का निराकरण मेरी जानकारी के बिना "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिये मेरी छवि और विवरणों को प्रसारित करने के लिये अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरक द्वारा कर)

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 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 अंगूठे, हस्ताक्षर को मेरे से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इन (हस्ताक्षर) निम्न प्रश्न से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि मैं या मेरा संस्थान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त करेगा या किसी अन्य स्रोत से उठा लेगा/पूरेगा यदि कोशिका फाउंडेशन से नहीं मिलेगा, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु प्रार्थना की है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के बिना कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति का है और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता के लिए प्रार्थना कर रहा हूँ। मेरी या मेरे संस्थान द्वारा ही मैं सहायता का निवेदन कर रहा हूँ और कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान करने के बिना कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के बिना कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति का है और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Diptesh Das

Reg. No. - 84688 (M.B.M.C)

M.B.B.S.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप

Shib Sankar Bagchi

Director

Shree Eye Foundation & Research Centre

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2