

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 1	K/0120/3876	APPLICATION DATE / आवेदन तिथि	12/01/2020
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम	MASSBUR RAHAMAN	AGE-YEARS / आयु-वर्ष	63
		SEX / लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम	ABDUS SUBHAN		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता			
SHYAMPUR, NATUNPARA, BELTA, MURSHIDABAD - 742135, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता			
- AS ABOVE -			



OCCUPATION / व्यवसाय	UNEMPLOYED	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	<input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय	RS 1000 x 12 = 22800/-	(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न)	
PAN No. / आयकर पहचान संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (को जल्द ही उधर पर चक्रों का चिह्न लगाएं)	Yes / No / हाँ / नहीं <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

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.	MAJLHUK RAHAMAN	63	M	SELF
2.	SADARA BLO	55	F	WIFE
3.	ASRAF SIK	32	M	SON
4.	SEFALA KHATUN	29	F	DAUGHTER
5.	SELM SIK	27	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए निम्न आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे गये निम्नी का उद्देश्य:

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

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

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / वही गई सहायता धरती

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त भी या रद्द की जा सकती है।
- 2) मैंने इस बात का प्रतिबन्धित किया है कि "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं किया है, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग दिशा में अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 its Trustees to use/publish/post-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 में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन" और उसके "व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये मेरी छवि और विवरणों का उपयोग कर सकते हैं। इस उपयोग के माध्यम से मुझे धन/दान/सहायता और जानकारी के लिये विज्ञापन भी प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे हस्तगत के पैसे या धन से करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से अग्रणी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस कार्य में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा उक्त व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.
- इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से धन से अधिकृत करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसे और सहायता से किसे अन्य स्रोत से उक्त उद्देश्य/उद्देश्य से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के प्रकरण में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसे अतिरिक्त/अलग हेतु प्रयत्न नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसे अन्य स्रोत से सहायता से किसे अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित करता है कि अस्पताल द्वारा उक्त उद्देश्य/उद्देश्य हेतु किसे और सहायता से किसे अन्य प्रकरण से नहीं लेना/लेनी।
 2. "कोशिका फाउण्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी पर हस्पताल द्वारा जो चिकित्सा प्रक्रिया को चयन का निष्पत्ति है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसे प्रकरण का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में उपरी के हस्तगत सुरक्षा और अपने धन को सही विनियमों के तहत प्रयोग की जाती है और "कोशिका फाउण्डेशन" को कोई वित्तीय या विनियमों इस प्रकरण में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये सिफारिश

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>13/01/2020</p>	<p>DR. KOUSIK SARKAR Reg. No. - 67271 (WBMC) MCh, MS, Fellowship in Cataract & Microsurgery (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Shib Sankar Ray Director Koshika Eye Foundation (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>
	