

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0120/3880** APPLICATION DATE: **13/01/2020**  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **REJAUUL SEKH** AGE-YEARS **52** SEX **M**  
आवेदक का नाम आयु वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **ERSAD SEKH**  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **HARI HARPATI, DASTURPARA, MURSHIDABAD 742166, WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **- AS ABOVE -**



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

TOTAL ANNUAL INCOME: **RS 19000 x 12 = 228000** (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. **प्राप्त हुआ नहीं है** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / 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	REJAUUL SEKH	52	M	SELF
2	ARUFA BIBE	43	F	WIFE
3	REJINABIBI	23	F	DAUGHTER
4	SHAKIMULIK	30	M	SON
5	MAFIKUL SK	18	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	EYS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर 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 के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे की सहायता नहीं ले रहा हूँ और न ही यह सोच रहा हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 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 enroll 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिये, जो कि मेरी सहायता के लिये माग किया गया है। इस प्रकार मैं अपने नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण के उपयोग से प्राप्त होने वाले किसी भी प्रकार के लाभ को स्वीकार करने के लिये अधिकृत हूँ। मेरे नाम का उपयोग मेरी सहायता के लिये करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिये अधिकृत नहीं है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रकाशित करने का अधिकार नहीं है। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित की गई किसी भी जानकारी को स्वीकार नहीं करता।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि हम अभी तक और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोग के लिये माग करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के लिये माग किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट करा जाता है कि सहायता वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये माग किया गया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश की गई सहायता का कोई भी प्रकार का प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और करने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हमें हस्पताल की होंगी और "कोशिका फाउंडेशन" की कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

Shib Sankar Bagchi

Director

Shree Eye Foundation & Research Centre

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. Vrushali Deshpande

हस्ताक्षर करने वाले के लिए संकेत

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

13/01/2020

MBBS, DNB (Ophthal), FICO  
Fellowship in Pediatric  
Reg. No. - 77128 (MCI)

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

डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर के साथ

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2