

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

11/07/25/0887

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

LUTFANECHA BIBI

66

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

TOFAJIAL TOROFDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BAGCHAR MINAHAN, NORTH 24 PARGANAH,
743456, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

COOK

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

6000 X 12 = 72,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

PAN No. क्या है/छाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

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 सम्बंध
1	LUTFANECHA BIBI	66	F	SELF
2	TOFAJIAL TOROFDER	66	M	HUSBAND
3	NASIRUDDIN TOROFDER	66	M	SON
4	GORDIL TOROFDER	66	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता को लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS: CATARACT (IE)
2	SURGERY: IE (STY+TOR)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

- 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 नहीं अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा की गई सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से सी-आरही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य और धर्म के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्यक्ष को नहीं हूँ, उस रकम का वापस या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबाला)

- 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/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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोविल है, उसे "कोशिका" एनएम न्यासी, दान, सहायता दूसरे उद्देश्य को जुड़ी गतिविधियों को उल्लेखियों को लिपि किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाके को पहले या बाद में करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे प्राप्त; सहायता का हक्कार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" एनएम उल्लेख न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके पास वा कमलपत्र या अंगुली या मित्रता



AGREEMENT by HOSPITAL (病院側同意書)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अभिमत, हस्तक्षेप की ओर से माधवसेनोनी को "भक्तिवाद काटभेदन" से विधिप्रेम प्रभावित होना सिद्धांत की जाती है, जिसे हय (हस्तक्षेप) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो वाणिज्य और न ही कृषियोग में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उठाकर सीधे/पारस्परिक रूप से लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपरीत/अन्यथा उठाकर को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकार/व्यक्ति हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठाकर सीधे/पारस्परिक रूप से किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता-लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। सीधे या अप्रत्यक्ष द्वारा दी गई सहायता या किने गये उपकरण/प्रतिष्ठा का सुव्यव सीधे एवं अस्पताल को लेने का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्तावेज नहीं है। इसीलिए अस्पताल में सीधे की इलाज सुव्यव और लेने जाने की सीधे विपरीत/अन्यथा सीधे एवं अस्पताल को सीधे और "कोशिका" को सीधे प्रकृति या विपरीत/अन्यथा इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Shibashis Das

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

डाक्टरांच्या सल्ल्यावरून घेतलेल्या निर्णयांवरून

Optom Avinash Das
Senior Program Officer
Sankarajyoti Eye Institute
(Name, Designation & Stamp of Authority
on behalf of Hospital)

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

मात्र १६ रु० हस्तगत। अधिकतः अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयदीप शर्मा

Safeway

12/18