

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
 Koshika Foundation Building Block of the Future					
APPLICATION No. : K/1017/1046		APPLICATION DATE : 09.10.17			
NAME of APPLICANT : KUMARZAN KAYAL		AGE-YEARS : 65		SEX : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KAOSAR KAYAL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 913 KHOSDEL KHAN PARK KHARI HACHAN BASANTI SOUTH 24 PARGANAS 743329 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : HOUSE WIFE					
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL				(Attach Proof of Income)	
PAN No. : XXXXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	KUMARZAN KAYAL	65	F	SELF	
2.	AFSAR ALI KAYAL	42	M	SON	
3.	HASAN KAYAL	38	M	SON	
4.	FARIHA KAYAL	35	F	DAUGHTER	
5.	AYESA KAYAL	32	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1.					
2.					

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोच्च न्यायालय

- 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 a
 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
 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में सचुत और सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं हूँ, उस यदि का उद्देश्य या सहायता निरस्त करने वाले कोशिका फाउण्डेशन/किसी कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above on 400)

- 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 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 का उत्तर इसलिए या अन्य किसी कारणवश, मैं (आवेदक) अपनी साक्षी की छाप लगा रहा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा किसी, एक, कार्यक्रम या दूसरे उद्देश्य से चुनी गई/गईयों और उपस्थितियों में लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न हो प्रकाश करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भ्रातृवर्ग अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सम्पन्न हो उद्देश्यों से प्रयोग हो चुके हों: सम्पन्न का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा किसी भ्रातृवर्ग का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षा के कारण यह संभव नहीं था कि



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH TO 440)

By affixing her/his signature, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संमति (स्वीकृत/निस्त का निशान लगावे)		ACCEPTANCE सम्मत		REJECTION समन्वित	
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 09.10.18	Dr. Ajay Agrawal MBBS, MS, FRCS (Ophth), FICLS Reg. No. 34786 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व उचित चिह्न		Dr. Sankar Bagchi Director Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इत्यादि अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु					
SANCTIONED संमति	REJECTED समन्वित	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2	
					