

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रक्रिया		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika Foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	W/08/8/1059	APPLICATION DATE: 14.08.18 आवेदन तिथि:		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	JUMMANALI SAHA	AGE-YEARS - वय-वर्ष:	52	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	SARBATLALI SAHA	SEX लिंग:	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक स्थायी पाल CHANDHAI, KASIPUR, CHOCIHATA CHARSHI 24, PARGANAS, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई स्थायी पाल — AS ABOVE —				
OCCUPATION: पेशी:	LABOURER			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक वयः	Rs. 1600 x 12 = 19,200/-		(Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक संकाल)	
PAN No. स्थल संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मैं जरूर वापर कर रहा हूं (जो मान्य हो उम्मीद वाली का विवरण सुनाये)		Yes / नहीं हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS संतान विवरण				
Sr. No. इम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	JUMMANALI SABA	52	M	SELF
2.	MANNOROK SABI	22	F	DAUGHTER
3.	RETHYA KHAUN	23	F	SON
4.	HOSNOK SAHA	20	F	DAUGHTER
5.	ROKEYAH KHATUN	12		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता हेतु लिये विवरी जागरा				
BPL Card (Attach Card Copy) मात्री टीका के नीचे प्रकल्प वर्त (प्रकल्प वर्त की जानकारी संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मात्री वर्त के उपरान्त प्रकल्प वर्त (प्रकल्प वर्त की जानकारी संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपरान्त कार्ड (प्रकल्प वर्त की जानकारी संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सामग्री	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विवरी का उद्देश्य:				
Sr. No. इम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्लाईडर/दौकान से जारी की गई अधिकारी रुपी संलग्न			
1	DIAGNOSIS- CATARACT- RR			
2	SURGERY- RR (SICS EYOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता वित्ती, अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sc. No. इम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: અર્થક દ્વારા ખેલાડી યોજના

- 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.
 - 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.
 - 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 योग्यता हाल हूँ कि इस आवेदन में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार यथा यथा रख दिए हैं। यदि कोई विवरण ऐसा कहना अलाप्य यथा यथा है तो मेरी योग्यता विवरण को जो प्रमाण है।

2) मेरी इस योग्यता दर्शन "जीविता यात्रावेत्तरान", मेरी जो रही है, उसका उपर्युक्त उपर्युक्त दर्शन दर्शन की गई है ताकि दिए विवरण यथा यथा, जो इस आवेदन में दिए गए हैं।

3) मैं योग्यता हाल हूँ कि विवरण यथा यथा दर्शन की गई है, जो योग्यता का विवरण यथा यथा विवरण मेरी जो प्रमाण है और यही प्रमाण है।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or name)

- 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 to 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 प्रति पर अपने उत्तमता का अंदरों से बाहर लानेकर, मैं (अपरीक्ष) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका चार्टर्डइंजीन और उपर्युक्त न्यायीयों" का अधिकृत प्राप्त हूँ कि मंत्र वाच, पत्र, फोटो और जो विभाग इस प्रति में भागीदार है, उसे "कौशिका" एवं न्यायी, वाच, पत्र, लानेकरता हूँ एवं उद्देश्य गे तुम्हीं लॉलीबोर्डर्स और उपर्युक्तों दे दिये विद्यों परे ध्यान ध्यान दे अत्यधिक बढ़ाव दे दिये अधिकृत है। मैं इस का विभाग में इच्छा के बाते का वाच में आते हैं दिये "कौशिका चार्टर्डइंजीन" के नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अपरीक्ष) इस वाच में सहायता हूँ कि योगा वाच, पत्र, फोटो और विभाग जो कि सहायता के उद्देश्यों में अधिकृत है तुम्हे वाच: सहायता का इकाया वाची विभाग। इस सम्बन्ध में "कौशिका" एवं उपर्युक्त न्यायीयों का विवरण अधिकृत और संघर्षकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

Digitized by srujanika@gmail.com



AGREEMENT by HOSPITAL (OPTION 3000)

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:

- (Hospital) hereby states & accepts 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.

इसके अधिकारी वर्षाली और उन सम्बन्धितों को "वैशिष्ट्य प्राप्तदेश" से विदेश भवान में विद्युतित भी कहते हैं, जिसे एन (एनसीएल) विम इंडिया से यात्रा कर सकता चाहते हैं।

- 1) यह कि न हो जाएगा और व ही परिवर्तन में विशिष्ट सामग्री कियारे गए साकारी मंस्तक या किसी अन्य रूप से उसका ऐसीप्रकारे न होने का हो रहा है, येरे कि इसे "कॉरिक्ट पार्टनरेशन" से विशिष्टित किया जाए व सर्वप्रथम "कॉरिक्ट पार्टनरेशन" द्वारा मरण होता कि है। परे "कॉरिक्ट पार्टनरेशन" द्वारा सामग्री किया जाता है तो सामग्री कियी जाए गई साकारी मंस्तक या किसी अन्य मालामाल से सामग्री लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में सर्वप्रथम जाता है कि सामग्री द्वितीय मरण उसका ऐसीप्रकारे होता कि

2. "कोलिका चालन्देशन" से भी एवं जायपुर कंपनी वित्तीय प्रदूषिति भी है। ऐसी पर इमारत द्वारा एवं एवं जायपुर या विनो एवं उपचारकीय का सुधार ऐसी एवं इमारत से बीच या विनो है और "कोलिका चालन्देशन" द्वारा वित्तीय प्रदूषक का बोर्ड एवं एवं गति है। इसलिये इमारत में ऐसी एवं इमारत सुधार और उन्हें जाने वाली सही विमेंटोरी एवं एवं इमारत की होती और "कोलिका" को बोर्ड एवं एवं विनो एवं विमेंटोरी इमारत में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संलग्नी (स्वीकृत/निरस्त का निशाचर लगायें)	ACCEPTANCE मनमूँह	REJECTION मनमूँह
<p>Date of Surgery बीमोत्तर की तिथि</p> <p>14/08/18</p> <p>Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, PhD(Eye)FMKFF,FSNEC Reg. No. 34796 Surat Eye Foundation & Research Camp (Name of Dr. & Regt. No. अधिकारी का नाम व हस्ताक्षर व रजिस्ट्रेशन नं.) दास्तावच का नाम व हस्ताक्षर व रजिस्ट्रेशन नं.</p>	 Dr. Alok Agrawal Surat Eye Foundation & Research Camp Director	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्रिक्ष उपयोग हेतु

SANCTIONED मंजूरी	REJECTED नक्षमा	SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इस्तेहार ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इस्तेहार 2
			