

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K11218/2002		APPLICATION DATE: 14/12/18					
NAME of APPLICANT: SAHAJINUR MAHAMMAD		AGE-YEARS 70		SEX M			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SALAM							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PART NO- III, 30th STREET, NORTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -							
OCCUPATION: UNEMPLOYED				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL				(Attach Proof of Income)			
PAN No. XXXX XXXX XXXX							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				Yes / No			
FAMILY DETAILS (परीवार विवरण)							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1	SAHAJINUR MAHAMMAD	70	M	SELF			
2	KABIRUL MAHAMMAD	58	F	WIFE			
3	ABDUL MAHAMMAD	25	M	SON			
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	
गरीबी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण पत्र)		आय एवं वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण पत्र)		उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण पत्र)		अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
साहाय्य हेतु किसे करने विच्छेद का उद्देश्य:							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
1	DIAGNOSIS - Cataract L.E.						
2	SURGERY - L.E. (Sulzer)						
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य साहाय्य किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED			
	अन्य स्रोत का नाम			तो यह साहाय्य कितनी			

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदय संस्थान वरु

- 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 यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे सही जानकारी देना ही या इसकी है।
- 2) मैं इससे कह रहा हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैं इस राशि का उपयोग किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (enter DS 900)

- 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/produce 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 जवाब इसका या नहीं की बात समझें, मैं (अर्पितक) अपने सामग्री की कुछ बात है एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत बात है कि मेरा नाम, पता, पते और जो विवरण इस प्रश्न में दिया है, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, पत्रिकाएं द्वारा, दूरदर्शन से कुछ मोडिफिकेशन और प्रसिद्धि के लिए किसी भी प्रकार सामान्य से प्रसारित करने में लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के जवाब या पत्र से करने में लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पितक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण को कि सामान्य से दूरदर्शन से प्रसारित है कुछ बात: सामान्य का समझना भी सकता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रसारित सामग्री का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

ordine de garnit ie sinte sa fizea



AGREEMENT by HOSPITAL (FUTURE USE ONLY)

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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अतिरिक्त, इसकाफी की ओर से संपादकों की ओर "कठिनाई कागजों" से विविध सहायता हेतु विनम्रता की जाती है, जिसे इन (इसका) विनम्र प्रयास से संपन्न न होना चाहिए है।

- 1) यह कि न तो सीमा और न ही पहिना में विधि सम्पन्न किसी भी प्रकार के घोषणा या किसी अन्य उद्देश्य से उक्त घोषणापत्रों में होने या हो जाने, जैसे कि इन "कोशिका घोषणापत्रों" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उक्त के सम्पन्न में "कोशिका घोषणापत्रों" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका घोषणापत्रों" द्वारा सम्पन्न किसी कोशिका/सम्पन्न हेतु प्रत्युत्पत्ति नहीं किया जात है तो सम्पन्न किसी अन्य भी प्रकार के घोषणा या किसी अन्य सम्पन्न से सम्पन्न होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि सम्पन्न विधि पर उक्त घोषणापत्रों हेतु किसी भी प्रकार के घोषणा या किसी अन्य सम्पन्न से नहीं सम्पन्न/सम्पन्न।
2. "कोशिका घोषणापत्रों" से ही यह सम्पन्न केवल विधि प्रकृति को है। ऐसे या सम्पन्न द्वारा ही यह सम्पन्न या विधि से सम्पन्न/सम्पन्न का प्रमाण होने एवं सम्पन्न के बीच का विधि है और "कोशिका घोषणापत्रों" द्वारा किसी प्रकार का कोई सम्पन्न नहीं है। इसीसे सम्पन्न में ऐसे में सम्पन्न प्रमाण और जाने जाने को सही निष्पत्ति होने एवं सम्पन्न को होने और "कोशिका" को कोई अधिकार या सम्पन्न/सम्पन्न इस सम्पन्न में नहीं होने।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हामीकाली को लिए संस्कृति

Date of Surgery 14/12/18	Dr. K. Ghosh M.D.S., D.O., D.M.B., F.R.C.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 12345678901234567890	Shrib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) Senior Eye Consultant, Rajendra Prasad Centre 12345678901234567890
-----------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग के लिये

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: वसुधा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: वसुधा 2
	