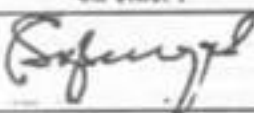


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		K/0119/2300		APPLICATION DATE: 05-01-2019 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		MUKHTER ALAM		AGE-YEARS अनु-वर्ष	SEX लिंग		
		48		M			
FATHER/SPOUSE'S NAME: MOHAMMED ILYAS पिता/हस्ताधिकारी का नाम							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता							
A/3/H/30 J.R. GHOSH ROAD, BELACHIA KOLKATA 700032 WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता							
— AS ABOVE —							
OCCUPATION: LABOURER व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1800 x 12 = 21600/- कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. संपत्ति कर पहचान संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं।)							
Yes / No हां / 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 सम्बन्ध			
1-	MUKHTEEL ALAM	48	M	SELF			
2-	NASTIMA BAYU	35	F	WIFE			
3-	SHAGAZ ALAM	14	M	SON			
4-	MAKAR ALAM	11	M	SON			
5-	SAHAIBAHZ ALAM	7	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्नी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तैयार प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे नये निम्नी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1-	DIABETES - CATARACT - LE						
2-	SURGERY - LE (SIC - JOLE) PR						
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 ती गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें: 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है। 2) मैं इस बात को सहायता दान "कोशिका फाउंडेशन", से ही जानता हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में परामर्श है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य की नहीं है, उस रकम का अधिक या कमता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण) 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 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 प्रकरण या अगले इलाका या जगह की जानकारी, मैं (आवेदक) अपनी छाप/हस्ताक्षर के साथ "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासीय, दान, सहायता हेतु उत्प्रेषण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो सकती करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इलाका के पते या नाम से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीय अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे इससे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के इलाका या अंगुली का निशान 		
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण) 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 this matter. इससे अधिकृत, इसलिये की और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रकम की संख्या या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/प्रकरण में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा परर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिक/अवसर हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत पर सहायता संभव या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय परर उक्त रोगी/प्रकरण हेतु किसी भी रकम की संख्या या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या विनिर्देश उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 05-01-2019	Dr. Hari Shanker Nag MSB, MOPHTH (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पद	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2 