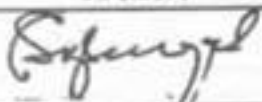


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
 Koshika foundation Building block of life					
APPLICATION No. : K/0219/2303		APPLICATION DATE : 05-01-2019			
NAME of APPLICANT : RAZIA BEGUM		AGE-YEARS : 53		SEX : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SHAFI MD					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 41/2/H/7 JAYNAGAR ROAD, PLEASANT AVENUE, KALKAJA 700017 WEST BENGAL.				 	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : COOK		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1200 x 12 = 14,400/-		(Attach Proof of Income)			
PAN No. : [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	RAZIA BEGUM	53	F	SELF	
2.	MD. ISHAK	19	M	SON	
3.	NIKHAT KHATUN	16	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					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
1.					
2.	SURGERY - RE (STICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1.					
2.					
3.					

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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. 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी आवेदन रिक्त हो जा सकती है। 5) मैं इस बात को सत्यापन करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं यह हूँ, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग/प्राप्त है। 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से इस राशि का भुगतान नहीं कर रहा हूँ, न ही भविष्य में करूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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. 3) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित नहीं होगा। 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त भरोसे का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान 		
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 the matter. हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आगे/पेछे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/कर्मचारी हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष रूप से उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर इस रोगी का सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन का प्रस्ताव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और गले जाने की सही सिफारिश रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या बिम्बेदारी इस मामले में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05-01-2019	Dr. Shankar Nag MS. (OPHTH) (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इच्छाएं व छाप	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 