

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No.: K/0119/2733		APPLICATION DATE: 22/04/19			
NAME of APPLICANT: MOBARAK ANSARI		AGE-YEARS: 72	SEX: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: FAZLUL RAHAMAN ANSARI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: JABBARABAD MURSHIDABAD DISTRICT, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: UNEMPLOYED					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	MOBARAK ANSARI	72	M	SELF	
2.	IBRAHIM ANSARI	37	M	SON	
3.	SALMA BT IS	36	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Any Other Basis/Proof	
Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये विधायी का उद्देश्य:					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 सत्य माना जाय यात्रा है जो मेरी प्रत्याशा निमित्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो आधार पर कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही यह सही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्याशा हेतु यह अर्थपत्र की नहीं है, इस रसीत का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य फोरेन/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'प्रायोजन' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, एम्प्लॉयर, कार्यदाता एम्प्लॉयर एम्प्लॉयर से जुड़ी प्रोडिक्टिविटी और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से प्रत्याशा हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रकाश के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः प्रत्याशा का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर उसके प्राधिकार का निर्णय अधिकतम और सम्भवकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)**

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

इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से मान्य/परी की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय प्रत्याशा हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इन (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय प्रत्याशा किसी भी प्रकार की संभव या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो हो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रत्याशा विधि अधिकृत/सफल हेतु माग नहीं किया जाय तो प्रत्याशा किसी अन्य स्रोत से संभव या किसी अन्य प्रत्याशा से प्रत्याशा लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि प्रत्याशा प्रीति पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की संभव या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह प्रत्याशा संभव वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही यह प्रत्याशा या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीसे हस्पताल में रोगी के इच्छा सुना और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 22/04/19	 Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FRCS Reg. No. - 53971 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) कानून का नाम से हस्ताक्षर व छाप	 Anshib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	