

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/11119/1993 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 6/11/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: HAZER GAZI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 64	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ZAHIR GAZI पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता BAYRAGACHHI, NAWRA, UTTAR PARA, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS 743422, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)		
PAN No. स्पष्टीकरण संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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.	HAZER GAZI	64	M	SELF
2.	RAHIMA BIBI	60	F	WIFE
3.	HASAN GAZI	34	M	SON
4.	SATTAR GAZI	31	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — 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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक एड वेनग ए:**

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई विवरण सत्य अथवा सही नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे कश्मिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त होगी, तो मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस सहायता का उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैं इस सहायता की मांग कर रहा हूँ।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँ, जिसके लिए मैं इस सहायता की मांग कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (ਅੰਤਰਿਕ ਸਹਿ ਮਤ)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप साबकर, मैं (आवेदक) अपने प्राप्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, रूम, सम्पत्ति/का दूने उद्देश्य से जुड़ी विविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रकाशित करने में लिप्त अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण इस हस्ताक्षर के पक्षों पर करने में लिप्त "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से साबित हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साहाय्य के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: साहाय्य का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



AGREEMENT by HOSPITAL. (HSPD 120 WFO)

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:

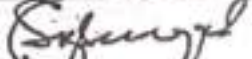
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 अतिरिक्त, इसकाफैली भी अला से सवाले-लेली को "कोरिआ फावरेंडान" से निविन सानना देतु विजयिती की जाली है, जिले वन (हजयवत) निम्न प्रवाल से सान व सलीकर जाली है।

1. यह कि न तो सर्वमान और न ही अधिकार में विहित सामान्य किसी भी जातीय समूह या किसी अन्य समूह से उभर योग्यताओं में होने या हो रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोईका फाउन्डेशन" से विपरीत/विपरीत उभर के सम्बन्ध में "कोईका फाउन्डेशन" द्वारा गहरा है। यदि "कोईका फाउन्डेशन" द्वारा सामान्य विधि अधिकार/अधिकार हेतु समुदाय की विधि न्याय है तो अन्तर्गत किसी अन्य भी सामान्य विधि या किसी अन्य समूह/समूह से सामान्य होने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्तर्गत विशेष मध्य उभर योग्यताओं हेतु किसी भी जातीय समूह या किसी अन्य समूह से नहीं होता/होती।
2. "कोईका फाउन्डेशन" से ही यह सामान्य होता विधि प्रवृत्ति की है। ऐसी न बनसाला द्वारा ही यह सामान्य या किसी भी अन्तर्गत/अधिकार का समुदाय ऐसी एवं बनसाला के बीच का विधि है और "कोईका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उभर नहीं है। इसीलिए बनसाला में ऐसी के सामान्य समुदाय और जाने जाने की सारी विधि/ऐसी एवं बनसाला की ऐसी और "कोईका" की कोई अधिकार या विधि/ऐसी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संज्ञा

Date of Surgery अस्त्राण की कटव 6/11/2019	Dr. N. Akshay Karan  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व छिद्र व	Dr. N. Akshay Karan Director Surgery & Research Centre (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 न्यासी इलाका 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2 