

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation	
APPLICATION No.: K/1119/2015 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 7/11/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: KURAI SHA BIBI आवेदक का नाम		AGE-YEARS मासु-वर्ष 74	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: IMAM HOSSAIN पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता H/L NO 14, BZ NO 5, BHATPARA, NORTH 24 PARGANAH-743122, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता AS ABOVE				
OCCUPATION: HOMEMAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1300 X 12 = 15,600/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का दस्तावेज संलग्न)		
PAN No. सवाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगावे।) Yes / No हाँ / 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.	KURAI SHA BIBI	74	F	SELF
2.	MUHAMMAD IRSHA	45	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय का को जमा प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (आय का को जमा प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (आय का को जमा प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने वर्ष विधि का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतियाँ संलग्न			
1.	DIAGNOSES — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SIC + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: **अभिनेता एम. अशोक रावः**

- 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 कतार दूँ कि इस प्रश्न पर दिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा या गलत कथन अथवा बात बताई जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से ही जो भी मदद, सहायता या वित्त की पूर्ति के लिये विवरण माँगेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैंने या भविष्य में कोई भी, इस मदद या सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न कोई विवरण दे और न ही भविष्य में दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 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/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 इसका या अपने को सार सचकार, मैं (अवेक) अपने पसंदी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके मालिकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, इसे "कोशिका" ब्लॉग, पत्रिका, दूर, साप्ताहिक दूरदर्शन से मुझे प्रसारित करने और उपस्थिति के लिए किसी भी प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका या अपने इसका या अपने को सार सचकार के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व मालिकों अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के कि सामग्री के दूरदर्शन से प्रसारित है मुझे सच: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" दूरदर्शन के मालिकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

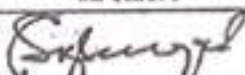
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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 in 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.

इससे अधिकतर, इसका को भी और से मजबूत/पेटी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विपरीत की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदाता से प्राप्त या स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमें और न ही हमारे वें वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिए से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विपरीत/वित्तीय सहायता को प्राप्त है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अधिकारों का उपयोग करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उदाहरण के लिए से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता को प्राप्त है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी न हमें उदाहरण के लिए से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता को प्राप्त है। हमें अपने अधिकारों का उपयोग करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उदाहरण के लिए से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता को प्राप्त है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/11/2019	Dr. Nalinaksh Kuran MBBS (D), DNB Reg. No. 63729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल व स्टिंप	Shikha Sarin Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय उपकरण हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 