

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life.		
APPLICATION No.: K/1119/2019 आवेदन संख्या:	APPLICATION DATE: 7/11/2019 आवेदन तिथि	 		
NAME of APPLICANT: AMINA BIBI आवेदक का नाम	AGE-YEARS 69 वर्ष		SEX F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ABDUL RAZAK पिता/हटुम का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: JHOPAR CATTLE, PANCHANANTALA, BHATPARA NORTH 24 PARAGANAS 743125, WEST BENGAL वर्तमान आवासीय पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी आवासीय पता				
OCCUPATION: HOUSEWIFE व्यवसाय	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2100 X 12 = 25200/- कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)			
PAN No. ☒ हाँ / ☐ नहीं ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)	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	AMINA BIBI	69	F	SELF
2	SAGIR	72	M	HUSBAND
3	SHAKEEL MIYAN	35	M	SON
4	UKSI MIYAN	32	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नी आधार				
EPL Card (Attach Card Copy) एनपी रेखा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 लने निम्नी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से चाहे की गई प्रिस्क्रिप्शन संलग्न			
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2	SURGERY — RE (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 ही गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: **अवेपक इत भेनत पः**

- 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 कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता प्राप्त "कौशलिक फंडाबोर्डिंग", से ही का रहा हूँ, इसका उपयोग सभी उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का वापस या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही लिये जा रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (අදහස් දැක්වීම)

- 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 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 प्रश्न का अपने इलाख या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने छाया की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त हैं, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासीय, दान, सहायक या अन्य उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों को लाने बिना भी प्रचार सम्पन्न से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इलाख के धारों का चार से चारों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उद्देश्यों से प्रकाशित है जुड़े सलाह: सहायता का इलाख नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आलेख को हस्ताक्षर या मंजूरी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (बिस्मिल्लाह इमाम खान)

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.

हमारे अधिकार, हमारा ही को तब से गायब/लेप्टे को "कोविड-19" के विधि लागू होतु विपरीत की गले है, जिसे हम (हमारा) निम्न प्रकार से शायद व सहीकर करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीपरी के लिए संरक्षित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/11/2019	Dr. Nalini Kharan MBBS, CO, DNB Reg. No. 53725 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं. Koshika Foundation Centre	Shilp Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 	