

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेते आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/1199/2027	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	8/11/2019	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	ABDUR ROUP GAZI		AGE-YEARS वय-वर्ष SEX लिंग 57 M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कुप्रिया का नाम	GOLAM RAHMAN GAZI			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वासन आवासीय पता	UTTARPARA UTTAR DESHPUR BASIRHAT NORTH 24 PARGANAS 703291, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : अस्थायी वासन आवासीय पता	— AS ABOVE —			
OCCUPATION : जैवसाधी	MARRIED (मिहरित) / UNMARRIED (अमिहरित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	RS. 2100 X 12 = 25200/- (Attach Proof of Income) (आय का स्वाप संतान)			
PAN No. स्थाई स्वाप संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता है (जो भाग्य हो उस पर जारी का नियमन स्वाप्त)	Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवर्त विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member जीवित के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के स्थायी सम्बन्ध
1.	ABDUR ROUP GAZI	57	M	SELF
2.	HALIMA GAZI	56	F	WIFE
3.	NAZRUL GAZI	31	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित क्षमता				
EPL Card (Attach Card Copy) गटीवी रेत के दीवे इमान एवं (इमान एवं की जल्दी संतान करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मानव व्यवस्था इमान एवं (इमान एवं की जल्दी संतान करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इमान एवं की जल्दी संतान करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता ढेते विवरित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवासीय डॉक्टर से आवासीय की चारों ओर अधिकारी सही संतान			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (STICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के देते कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से उपलब्ध नहीं है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED रोपी जानी वाली राशि		

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेल का दावा करने वाला है:

- 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 प्रकल्प का हूँ जिसका नाम इस प्रकल्प में दिया गया है। यह सभी वित्तीय सम्बन्धों के अनुसार यह एक ही है। यह आम वित्तीय सम्बन्धों का उत्तराधीन वित्तीय सम्बन्ध है।
- 2) मैं इस दावा के साथ यह कहता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", यही जो कहा है, उसका उपयोग उसी वर्दी के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकल्प में यह योग्य है।
- 3) मैं यह कहता हूँ कि वित्तीय सम्बन्धों के अनुसार यह प्रकल्प की वर्दी है; उस दावा का अंतिम यह कानूनी वित्तीय सम्बन्धों के बोर्ड द्वारा दी गई घोषणा में दी गई है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्पेल का दावा करना)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकल्प का अधीन दावा करना वाले यह कोशिका फाउंडेशन और उसके सदस्यों द्वारा अधिकृत कराया है जिसका नाम यह है। यह कोशिका फाउंडेशन का नाम है। यह कोशिका फाउंडेशन द्वारा उन्हें अधिकृत करने के लिए वित्तीय सम्बन्धों के अनुसार यह एक ही है। यह कोशिका फाउंडेशन का नाम है। यह कोशिका फाउंडेशन का नाम है।
- 2) मैं (अप्पेल) इस दावा के साथ हूँ जिसे करना, प्रकल्प के अनुसार यह कोशिका फाउंडेशन के अधीन दावा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" यह कोशिका फाउंडेशन का नाम है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्पेल के साथ हूँ जो साथ हूँ जो साथ हूँ

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल द्वारा करना)

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.

मैंने अधिकृत करने के बाहर साथ हूँ जो कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सम्बन्धों की वर्दी है, जो कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सम्बन्धों की वर्दी है।

- 1) यह कोशिका फाउंडेशन को अन्य वित्तीय सम्बन्धों से अलग करने के लिए यह कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सम्बन्धों की वर्दी है। यह कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सम्बन्धों की वर्दी है। यह कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सम्बन्धों की वर्दी है। यह कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सम्बन्धों की वर्दी है। यह कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सम्बन्धों की वर्दी है। यह कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सम्बन्धों की वर्दी है।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही यही साथ हूँ जो कोशिका फाउंडेशन को अन्य वित्तीय सम्बन्धों से अलग करने के लिए यह कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सम्बन्धों की वर्दी है। यह कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सम्बन्धों की वर्दी है। यह कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सम्बन्धों की वर्दी है। यह कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सम्बन्धों की वर्दी है। यह कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सम्बन्धों की वर्दी है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति को दिया जाना चाहिए

Date of Surgery
अंतिम वो तिथि
8/11/2019

Dr. Harshankar Nag
MBBS (M.S.) (OPHTH)
Reg. No. 6555G
(Signature/Printed Name with Stamp)
आवास का नाम व ठाकुर नाथ

Signature: **S. Bagchi**

Director
Kozhikode Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व उपचार अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवास का नाम व ठाकुर नाथ

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्पात 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्पात 2