

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेते आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation <small>Building block of life.</small>	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : <i>K/1119/2031</i>	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : <i>8/11/2019</i>	AGE-YEARS वय-वर्ष : <i>79</i>	SEX लिंग : <i>F</i>	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : <i>NUR JAHAN BIBI</i>				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पितृ/स्त्री का नाम : <i>CHHAMECHHAL MUFTI</i>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वासन स्थानोंचा पता : <i>NEORA, BEHLA, GAZI KHAT, NORTH 24 PARGANAS 743422, WEST BENGAL</i>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान स्थानोंचा पता : <i>— AS ABOVE —</i>				
OCCUPATION : अवस्था : <i>HOME MAKER</i>	MARRIED (प्रियंका) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (अप्पी का सामग्री संलग्न)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक वर्ग : <i>Rs 1300X12 = 15,600/-</i>				
PAN No. स्ट्राई नंबर संख्या : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप जुगत कर रहे हैं (जो याच हो इस पर जारी का निश्चय साधारण):	Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवर्त विवरण				
Sr. No. इन संख्या 1. 2. 3.	Name of Family Member परिवर्त के सदस्यों का नाम <i>NUR JAHAN BIBI</i> <i>ISHAD ALI MUFTI</i> <i>MORSHAD ALI MUFTI</i>	Age (Years) वय (वर्ष) <i>79</i> <i>34</i> <i>31</i>	Gender लिंग <i>F</i> <i>M</i> <i>M</i>	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध <i>SELF</i> <i>SON</i> <i>SON</i>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित कराया				
EPL Card (Attach Card Copy) गटिये रेता के दीरे उपलब्ध एवं (अप्पी चाहे जावा भी प्राप्त करे)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उपलब्ध वर्ती उपलब्ध एवं (अप्पी चाहे जावा भी प्राप्त करे)	Ration Card (Attach Copy) उपलब्ध कार्ड (अप्पी चाहे जावा भी प्राप्त करे)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई स्वरूप	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता ढेते लिए गई विवरी का वर्णनः				
Sr. No. इन संख्या 1.	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक दस्तावेज से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2. SURGERY — LE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उत्तरवाद के देते भीई अन्य साहायता किसी अन्य स्रोत से लिया जाता है?				
Sr. No. इन संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED रुपी गई साहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: કારોદક દ્વારા ખેંચાય રહેલું

- 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) ये सोचना कामा है कि इस प्रकार ये दिए गये भावी विवरण में जलाशयों के अनुपात सत्य नहीं होते हैं। यह भावी विवरण एवं उत्तम जलाशय कामा हो तो मैंने जलाशय विकल्प को काम लगवाया।
- 2) ये दाहा के जलाशय सभी "खोलिका फल-बट्टा", ये तो जा रही हैं, जलाशय उपर्युक्त इन बट्टों विवरण की पूर्णी के दिए विषय जाते हैं, ये एक प्रकार में यह काम है।
- 3) ये अधिक सत्य हैं कि दिए जलाशय हैं यह प्राप्ति को यह है, उस संसाधन का अधिक या घटक विकल्प जिसी अन्य संस्कृत/नियोजक/विद्युत कम्पनी से पे को सिख है और न हो अधिक्षय में हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (請參照此處簽名)

- 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 प्रकार मेरे सहायता के लिए जावा का उपयोग करके यह अनुमति प्रदान करता हूँ कि यह चल, चर्चा, फोटो और वीडियो के लिए उपयोग करके यह अनुमति करता है, जो विवरण इस प्रकार में दर्शित है, उसे "कंटेनर" याकूब, यश, सहायता का उपयोग से जुड़ी विविध अंदर उपयोगिताएँ भी विवर किए थे प्रत्यक्ष चलाए रखे गए हैं। ये विवरण मेरे सहायता के लिए उपयोग के लिए यह चल, ये मरण के लिए उपयोग के लिए यह अनुमति प्रदान करता है।

2) ये (अनुमति) इस चल से सहायता है जिसे यह चल, चर्चा, फोटो और वीडियो के लिए उपयोग करके यह अनुमति करता है जो उपयोग से जुड़ी विविध अंदर उपयोगिताएँ भी विवर किए थे। सहायता का सहायता की वस्तु का इस सम्बन्ध में "कंटेनर" प्रकार उपयोग करता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

मानविक के ग्राम्यता का संग्रह का लिपान



AGREEMENT by HOSPITAL (અમલ દ્વારા માનુષીય)

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.

अपने अधिकारी, व्यवस्थाएँ खो जाती हैं तथा उन्हें बदलने की "पर्सनल चेंजबैंक" से विविध व्यवस्थाएँ खो जाती हैं तथा उन्हें बदलने की जरूरत है, जिनमें इम्प्रेसियन (इम्प्रेसियन) विषय प्रबल तथा व्यवस्थाएँ बदलने की

- 1) यह कि व और बाईजन और व ही गतिविधि में विभिन्न सामग्री संस्थान या किसी अन्य संस्थान से जब एवेंयर्सों में सौंपे या ही दें हैं, वैसे कि इनमें "कॉलेज घाटन-देश" से विभिन्न विभिन्न बढ़ाव के घटनाक्रम में "कॉलेज घाटन-देश" द्वारा घटना विभिन्न विभिन्न घटनाक्रमों से तु प्रशंसन वाली विधि बना है तो अस्थान किसी अन्य और साकारी संस्था या विभिन्न अन्य सनस्थान से साकारा सौंपे या अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में इस्ट काना चाहता है कि अस्थान द्वितीय भरत दशा एवेंयर्सोंमें ही निही और प्राकारी दृष्टि या विभिन्न अन्य स्थान से वही सौंपत्तें हों।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संसाधि

Date of Surgery अंतिम चोरा तारीख 8/11/2019	Dr. Hari Shanker Nag MBBS, MS, (OPHTH) Reg. No. 55656 (Name of Doctor Regd. No. with State) काल्पनिक विज्ञान व अनुसंधान केंद्र	 Dr. Hari Shanker Nag Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नव य ए विज्ञान व अनुसंधान अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

स्थानकरिक दृष्टिकोण हैं।

**(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)**

Digitized by srujanika@gmail.com

SIGNATURE of TRUSTEE 1
निवारी अधिकारी ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इस्तेहा 2

Sigurð

Eric B