

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : K/1219/2006		APPLICATION DATE : 21/12/2019			
NAME of APPLICANT : NAJMA KHATOON		AGE-YEARS : 64		SEX : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : AMIRUL ALAM					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KATA RAM MOHAN SARANI, AMHERST STREET, KOLKATA 700009, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : HOME MAKER		MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 19000 X 12 = 228000		(Attach Proof of Income)			
PAN No. : [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	NAJMA KHATOON	64	F	SELF	
2.	PARVEZ ABHTAR	31	M	SON	
3.	KHALMA BT BT	25	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (STES-F-10)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस रकम का अधिक या समतुल्य किसी अन्य प्रोडिक्ट/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या जो भी स्रोत है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक छापते हुए घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" एम्प्लॉयर, दान, समर्थन या दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे करने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं, उन्हें प्रकाशित करने का अधिकार नहीं होगा। इस प्रारूप में "कोशिका" एम्प्लॉयर को मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग और प्रचार करने का अधिकार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.
- हमारे अधिकृत, इसका अर्थ है कि हमें से मालूम/पता है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु रिक्वायस्ट की जाती है, बिना इस (हस्पताल) द्वारा प्रस्ताव से मान्यता का कोई दावा नहीं है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त की जाएगी या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से रिक्वायस्ट/प्रार्थना की है। हमें से मालूम/पता है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/अनुमति हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के साथ कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और स्रोत से प्राप्त की जाएगी या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेना।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना मेरे समर्थन/अनुमति का प्रचार/प्रचार के बिना या बिना है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर/अंगूठे और मेरे नाम की सही विवरणों को रोगी और "कोशिका" को कोई प्रचार या विवरण इस प्रारूप में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संघट्टित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/12/2019	Dr. Nalinaksh Karan MBBS (M.D) DNB Reg. No. 63729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) अस्मिता का नाम व हस्ताक्षर व छाप दें	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) हमारे अधिकृत/अधिकृत के नाम व पद हस्ताक्षर और अधिकृत/अधिकृत
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2