

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1219/2664 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 21/12/2019 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: MOTIUR RAHMAN आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 65	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KABIRUL RAHMAN पिता/कन्या का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 700057, WEST BENGAL वर्तमान निवासस्थान पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी निवासस्थान पता					
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1400 x 12 = 16800 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)			
PAN No. क्या है/ नहीं है		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)			
		Yes / No हां / 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.	MOTIUR RAHMAN	65	M	SELF	
2.	IMRAN RAHMAN	35	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 मने निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुप्राण/दवाइय से जुड़े कोई प्रमाणित दस्तावेज				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (STIES + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता प्राप्त करने वाले स्रोत का विवरण क्या है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण 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 दृढ़ता से पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त की जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रयोजन नहीं करूँगा, इस उद्देश्य का अंतर्गत या अंतर्गत किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, कर्मचारियों द्वारा, उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार संचालन से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रकरण का निवारण मेरी इच्छा के बिना या मेरे करने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है पुष्टि करता हूँ। सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उक्तके विवरणों का प्रकाशित और संचालन होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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 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, हस्ताक्षर को और से समर्थन/उपलब्धि को "कोशिका फाउन्डेशन" से निमित्त सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान और न ही भविष्य में निमित्त सहायता किसी और सहायता संचालन या किसी अन्य स्रोत से उक्त उद्देश्य/उपलब्धि से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निमित्त अंतर्गत/अवकाश हेतु संचालन नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संचालन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल शरीर पर उक्त उद्देश्य/उपलब्धि हेतु किसी और सहायता संचालन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उद्देश्य का हस्ताक्षर द्वारा ही पूर्ण सहायता या बिना गये उपचार/उपलब्धि का सुचारु लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई संचालन नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में उद्देश्य के सहायता संचालन और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ उद्देश्य एवं हस्ताक्षर को होती हैं और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/12/2019	Dr. Nalinakshi Karan MBBS, D.D., DNB Reg. No. - 63729 Surgeon Dr. Nalinakshi Karan, M.D. (D.D.) अंतरिक्ष का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shankar Begchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--