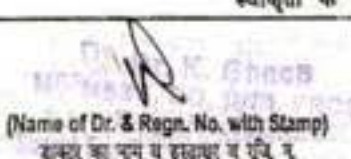
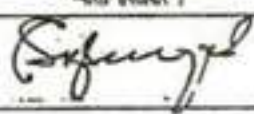


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/1209/2879 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 30/12/2019 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: MAIMUNN KISSA आवेदक का नाम		AGE-YEARS उम्र-वर्ष 20	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: OSMAN KHAN पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 15/11/15 MAYUR BHAN'S ROAD, KATHODIPORE, 150 KATA 700023, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 14000 x 12 = 168000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)	
PAN No. सवाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाइए)			
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
1	MAIMUNN NISHA	20	F
2	AKHIL AHMED	31	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
SELF			
SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियमित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड की प्रमाण पत्र पर (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची 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 किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र: 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 सत्य/असत्य या झूठा साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माँगा गया है। 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अब तक और भविष्य में भी, इस मदद के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से निरस्त नहीं हूँ और न ही घोषणा करूँगा।	
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 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) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके न्यासीयों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रसारित करें, उसे "कोशिका" द्वारा, मुझ, मेरे परिवार/मेरे सहयोगियों के नाम पर मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासीयों के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासीयों के लिए अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे हस्ताक्षर के प्रसारित करने के लिए मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं चाहिए। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य 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. हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ घोषणा की है "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद या स्वीकार करते हैं। 1) यह कि मैं या मेरा हस्पताल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए नहीं कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना मदद से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अस्वीकार/असमर्थन हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी स्रोत या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद के बिना रोगी/रोगी के सारकारी स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता भौतिक वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या बिना मेरे हस्ताक्षर/सिफारिश का प्रमाण रोगी एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भौतिक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/12/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप 
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी 	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 