

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No.: K/0120/2938
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 1/1/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MD RIAZUDDIN
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 52
SEX लिंग: M

FATHER/SPOUSE'S NAME: MD SAKUR
पिता/हस्तुम का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

33, TOST BAGAN, KAMARHATTI, NORTH 24
PARAGANAS 700058, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: LABOURER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 X 12 = 21600/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. संचालित खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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.	MD RIAZUDDIN	52	M	SELF
2.	SULTANA BEGUM	46	F	WIFE
3.	ALIMA BINT	22	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के निम्न विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर 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 प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — IE
2.	SURGERY — IE (SIFSAIOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोतों से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता की राशि



DECLARATION by APPLICANT: ਅਮਰਿੰਦਰ ਸਿੰਘ ਅੰਮ੍ਰਿਤਸਰ ਵਸੀ

- 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 पर कबल हूँ कि इस प्रत्यय 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 निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी कबल यह सहायता एतल "कीटिका फाउण्डेशन", से ही जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्यय में पाया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल हूँ कि निरास प्राप्त होने पर प्रत्यय की पूर्ति नहीं, इस सहायता का अधिकतम उपयोग किया जायेगा और अन्य किसी स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही इस सहायता के अंश को वापस ले लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach one copy)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 it's 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 प्रश्न पर अपने इच्छाया या लक्ष्य को प्राप्त करने, मैं (अर्पणक) अपने छात्रों को यह बता दूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में जोड़ें, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, राज, समाज या अन्य उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और प्रचारित करने के लिए किसी भी उपाय अपना सकते हैं।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को जोड़ना मेरे छात्रों को अधिकृत नहीं करता है। कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी इस बात का फैसला कर सकते हैं कि मैं "कोशिका" एम्प्लॉयी के रूप में छात्रों को प्रतिनिधित्व और प्रचारित करने के लिए अधिकृत हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके पास भी इतना ही है, और आप इसे कैसे निभाने



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 2000)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे जीवन, हमारे घर की ओर से आनेवाले सभी को "कोविड-19" से निवारण करने हेतु विचारों की ज़रूरत है, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

कन्दीकाली को लिए संस्कृति

Date of Surgery अर्पण के दिनांक 11/1/2020	Dr. Palanika Chatterjee (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद	Shyama Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसा करने वाले 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसा करने वाले 2
		