

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No.: K/0120/2945 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 11/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: ABDUL BAFAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS उम्र-वर्ष 65	SEX लिंग M	 
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ZAMALUDDIN पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 58 KUMARPARA, KAMARHATTA, NORTH 24 PARGANAS 700058, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: SAME AS ABOVE				
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 16000 X 12 = 192000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
PAN No. [Blank] आय कर पत्र संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मना हो उस पर चिह्न लगा दें)		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.	ABDUL ISHFAQ	65	M	SELF
2.	RASIM BAFAR	33	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता की निम्न विधि अपनाएँ				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basic Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न उद्देश्यों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतिलिपि संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE इसी गई सहायता की राशि		

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन या गलत जानकारी दे दी जाएगी तो मेरी सहायता रिक्वास्ट को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में भी इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई भी रीबाईमेंटेशन लेऊंगा और न ही भविष्य में लूंगा।

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 में मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को स्वीकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित करें, जहाँ "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिए मांगी गई है, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता के लिए मांगी गई है, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता के लिए मांगी गई है।
- 2) मैं (आवेदक) इससे घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी सहायता के लिए मांगी गई है, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता के लिए मांगी गई है, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता के लिए मांगी गई है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की 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 करने वाले अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता के लिए मांगी गई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए मांगी है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने स्रोतों से सहायता मिलाने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट किया गया है कि हमारे पास वित्तीय सहायता के लिए मांगी गई है, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता के लिए मांगी गई है, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता के लिए मांगी गई है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल वित्तीय सहायता के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांगी गई है, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता के लिए मांगी गई है, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता के लिए मांगी गई है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/1/2020	Dr. Priyansha Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. - 70555 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और पता	Sh. Anshu Singh Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
--	--