

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/0120/2946 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 11/1/2020 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: MD SUBHAN आवेदक का नाम		AGE-YEAR/IS अनु-वर्ष 42	SEX लिंग M
FATHER/SPOUSE'S NAME: SHEKH MUSTAFA पिता/पत्नी का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता 213, MACKENZIE ROAD, RAMNARHATT, 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 17000 x 12 = 204000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. सत्यापित खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गंभीरता से 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
1.	MD SUBHAN	42	M
2.	SARTKA DEBAM	36	F
3.	MD YUSUF	12	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधायी आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 प्रमाण			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गए विधायी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिपद से जारी की गई प्रतिवेदन 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 कैसी अन्य स्रोतों से प्राप्त होगी?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एवं प्राप्त सहायता का राशि	



DECLARATION by APPLICANT: જાહેરદાર દ્વારા જાહેરાત દ્વારા:

- 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 कबट्टा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कल्पन अथवा झूठ है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी सहायता केवल "कौशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त होगी, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पद किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबट्टा हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त होने वाले व्यय का पूरा भुगतान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न कर लूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING TO RETIRE)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 तरह का अपने हस्ताक्षर या मोहरे को लगाने पर मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ से सहमत हो चुका हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत कर दूँ कि वे मेरा नाम, पते और मेरा विवरण इस तरह से प्रयोग करेंगे, जैसे कि "कोशिका" द्वारा जारी की जाने वाली सूचनाओं के माध्यम से धन संग्रहीत करने और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार सम्पर्क में आसक्ति करने के लिए अधिकृत है। ये तरह का विवरण जो हस्ताक्षर के पत्रों या कार्डों के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" के भरोदारों को दिया जायेगा, उनके द्वारा उपयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, मोहरे और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के उपयोग के लिए नहीं कर सकते हैं। यह निर्णय कोशिका फाउंडेशन के भरोदारों के पास होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अथवा वे प्रमाण या संज्ञा या विचार



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल का करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshka 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.

- 1) यह कि न तो पंजीयन और न ही पंजीयन में विहित सहायक किसी भी सहायी संरक्षण या किसी अन्य उद्देश्य से उक्त ऐंटीपाथल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोरिडोर फायरिंग" या विविधताविधि द्वारा को संरक्षण में "कोरिडोर फायरिंग" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोरिडोर फायरिंग" द्वारा सहायक विधि कोरिडोर/सहायक हेतु समुद्र की किनार जहां है तो सहायक किसी अन्य और सहायी संरक्षण या किसी अन्य संरक्षण से सहायक होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायक विधि गहरा उक्त ऐंटीपाथल हेतु किसी और सहायी संरक्षण या किसी अन्य संरक्षण से नहीं संरक्षित/ऐंटीपाथल।
2. "कोरिडोर फायरिंग" से ही एवं सहायक संरक्षण विधि प्रवृत्ति की है। ऐंटीपाथल द्वारा ही एवं सहायक या किने गये सहायक/सहायक का सुपन ऐंटीपाथल एवं सहायक को पंजीयन का विषय है और "कोरिडोर फायरिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई संरक्षण नहीं है। इसलिये सहायक में ऐंटीपाथल के उद्देश्य सुरक्षित और अपने अपने की सहायक विधि ऐंटीपाथल ऐंटीपाथल की ऐंटीपाथल और "कोरिडोर" को कोई पंजीयन या विधि/ऐंटीपाथल इस सहायक में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 1/1/2020	Dr. Prakash Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. 70553 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व इन्हि न	Shri Satish Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यापारी इलाका 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यापारी इलाका 2 	