

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Blocks of Life

APPLICATION No. : K/0120/3000 APPLICATION DATE : 3/1/2020

NAME of APPLICANT : ASHURA GAZI AGE-YEARS : 60 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KHALIL GAZI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MAHARAJA, JOYNAIGAR, SOUTH 24 PARGANAS
743548, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1800 x 12 = 21600

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No
हाँ / नहीं

(को मध्य हो उस पर चिह्न का निशान लगावे)

FAMILY DETAILS

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 संबंध
1	ASHURA GAZI	60	F	SELF
2	KHALIL GAZI	67	M	HUSBAND
3	ANURAG GAZI	33	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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, किये गये विधि का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता मिले अन्य स्रोत से लिख 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: आवेदनक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रदाय करता है तो मेरी सहायता निरास हो या समाप्त हो।
- 2) मैं द्वारा मेरा प्रार्थना पत्र "कोशिका फाउंडेशन", से ही आ रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने प्रार्थना हेतु यह प्रमाण नहीं पत्र है, इस पत्र का अंतिम या अंतिम विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सित है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने प्रार्थना को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, कचकच या अन्य उद्देश्य से मुझे प्रतिक्रिया और प्रतिक्रिया के लिए किसी भी प्रकार प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्त के पत्र या पत्र के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रतीत अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कश्चित् के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे पता: प्रार्थना का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित प्रतीत और प्रार्थना को प्रकाशित करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.
- इसके अधिकृत, हस्ताक्षर को और से प्रार्थना/उद्देश्य को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त से प्रार्थना में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदाय हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना विधि अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रदाय नहीं किया गया है तो प्रार्थना किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से प्रार्थना होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करता जाता है कि प्रार्थना द्वितीय पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं प्रार्थना/उद्देश्य।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं प्रार्थना केवल वित्तिय प्रकृति की है। उद्देश्य पर हस्ताक्षर द्वारा ही मैं प्रार्थना या दिये गये प्रमाण/प्रमाण का प्रमाण उद्देश्य एवं प्रार्थना को ही मान्यता दिये हैं और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए प्रार्थना में उद्देश्य के प्रमाण प्रमाण और अपने अपने को सही विनियमों के ही प्रार्थना को सही और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई प्रमाण या प्रमाण हेतु प्रार्थना में नहीं होवे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संरक्षित

Date of Surgery अभियोग की तारीख 3/1/2020	Dr. Priyansha Chatterjee MSD, FRCS Reg. No. 700055 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)	Shri. Sankar Bishoi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) यह व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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