

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)			Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: K/0120/3840		APPLICATION DATE: 09/01/2020		
NAME of APPLICANT: ABDUL MAJED SK		AGE-YEARS: 60	SEX: M	
FATHER/SPOUSE'S NAME: SAFIK SK				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: TERAKATPUR, TALUKA, KANSNAGAR I, MURSHIDABAD 742304, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -				
OCCUPATION: FARMER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 x 12 = 18000/-		(Attach Proof of Income)		
PAN No. [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	ABDUL MAJED SK	60	M	SELF
2.	MASTUM BIBI	55	F	WIFE
3.	SAHANGIR SK	32	M	SON
4.	MINATUR SK	30	M	SON
5.	SADEDA KHATUN	24	F	DAUGHTER
6.	RAHIMA BIBI	25	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
EPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)
Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2. SURGERY - RE (SICS PROC)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: अभ्यर्थक 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 मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण अथवा सहायता प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार, इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड है और न ही सहायता ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अभ्यर्थक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 में मेरी हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) स्वयं स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण के माध्यम से धन की जुटी अभियोगिताओं और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण और इसका उद्देश्य जो मैंने इसमें बताया है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित करेगा।
- 2) मैं (अभ्यर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य के लिए प्रकाशित करने के लिए प्रकाशित करने का अधिकार नहीं होगा। इस मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिए अधिकृत और स्वीकार करने का अधिकार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अभ्यर्थक की हस्ताक्षर या अंगुली की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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 और से सहायता लेने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त करेंगे जो कि हमें सहायता देने के लिए प्रार्थना की जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता देने के लिए प्रार्थना की जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। इस प्रकार से हमें सहायता देने के लिए प्रार्थना की जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्रदान की जा रही है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे अधिकृत/अनुमति प्राप्त करने वाले को सहायता देने के लिए प्रार्थना की जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। हमें या हमारे अधिकृत/अनुमति प्राप्त करने वाले को सहायता देने के लिए प्रार्थना की जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Shib Sankar Bagchi
Director

Dr. Vrushali Deshpande

Special Eye Foundation & Research Centre

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

MBBS, DNB (Ophthalmology), FICO
Fellowship in Pediatric
Reg. No. - 77128 (WMA)

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
हमारे या हमारे अधिकृत/अनुमति प्राप्त करने वाले

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अभ्यर्थक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]