

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/0120/3852 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 09/01/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: NURNESA BISBI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 69	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KADER SK पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: HARHATA, PURBA PARRA, ISLAMPOUR, MURSHIDABAD 742304, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -				
OCCUPATION: HOUSEWIFE				
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 x 12 = 21600/- कुल वार्षिक आय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का सबूत प्रस्तुत करें)		
PAN No. नहीं बताया गया ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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.	NURNESA BISBI	69	F	SELF
2.	KADER SK	49	M	HUSBAND
3.	KABUL ISLAM	45	M	SON
4.	AFRUZA BISBI	43	F	DAUGHTER
5.	MOSALIM SK	40	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय पर की जाय प्रति जांच की)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय का (आय पर की जाय प्रति जांच की)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे यह निशान का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुष्टि संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2.	SURGERY - LE (STOP - EOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय 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: (अवेरक द्युप फोरम पर)

- 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 कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो वह मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता की "बोडिका फाउंडेशन", से ही या नहीं है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस रकम का बीमा या अन्य किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्युप फोरम)

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अवेरक) अपने नाम की छाप यहाँ पर "बोडिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, उन्हें "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा या उनके द्वारा, या अन्य किसी भी माध्यम से, वित्तियक सहायता के लिए या अन्य किसी भी उद्देश्य के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का निष्पत्ति मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना के बिना "बोडिका फाउंडेशन" या किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी।
- 2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत में प्रचारित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रश्न में "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा अपने नाम के विवरण और सहायता की छाप।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेरक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्युप फोरम)

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.

- 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं या मेरी संस्था या मेरी संस्था में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तियक सहायता नहीं ले रहे हैं या ले रहे हैं, जो कि हमने "बोडिका फाउंडेशन" से वित्तियक सहायता के लिए प्रार्थना की है। यदि "बोडिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तियक सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल को वित्तियक सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत से वित्तियक सहायता लेने की आवश्यकता नहीं है।
- 2) "बोडिका फाउंडेशन" से ही या सहायता केवल वित्तियक प्रकृति की है। हमारे या हमारे द्वारा ही या किसी भी अन्य स्रोत से वित्तियक सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम यहाँ पर स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल को वित्तियक सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत से वित्तियक सहायता लेने की आवश्यकता नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रेषण

Shih Sankar Singh

Director

Central Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

यह मैं या हमारा अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

कार्यक्रम की तिथि

01/1/2020

Dr. Vrushali Deshpande

MBBS, DNB (Ophthalmology)

Fellowship in Pediatric

Reg. No. 77128 (MPC)

(Place of Dr. & Hospital with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर या छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

[Signature]