

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखांगत)	 Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0324/1473	APPLICATION DATE आवेदन तिथि:	20/3/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	MD MANSOOR ALI	AGE-YEARS वय-वर्ष:	45	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपड़ी का नाम:	PEER MD	SEX लिंग:	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासस्थल पता:		ALTA, SAPGAONI 1ST LANE, TILJALA, SOUTH 24		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासस्थल पता:		PARGANAS 700039 WEST BENGAL		
— AS ABOVE —				
OCCUPATION: अवस्था:	TEA SHOP		MARKED (मिलाहित) / UNMARRIED (अलिंगित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक वय:	3000X12 = 36,000/-		(Attach Proof of Income) (वय का साथ संतुष्ट)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप वय कर रहे हैं (जो मात्र हो उस पर सही का नियान लगाये):				
Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	MD MANSOOR ALI	45	M	SSELF
2.	ZARIFAH NEEHA	41	F	LIFE
3.	MD SAIF ALI	18	M	SON
4.	TAZ MOON NEEHA	19	F	DAUGHTER
5.	MD ZAIDI ALI	19	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिन्हित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संतुष्ट करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मध्य व्यवस्था की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संतुष्ट करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संतुष्ट करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु चिह्नित गये विवरों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अन्यायाल/डॉक्टर से जारी की पाई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES एक उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट 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 योग्य करता हूं कि इस जारी परिवर्तन में सभी जानकारी के अनुसार सच्च रूप से होती है। परं कोई विवाद एवं कथन मतलब योग्य नहीं है जो भी सहायता निश्चय की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो सहायता ग्राही "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही हूं, उसका उपर्युक्त उभे उद्देश्य को यूर्ज के लिए किया जाएगा, जो इस जारी परिवर्तन में सच्च होता है।
- 3) मैं पूरी करता हूं कि यह सहायता बेटु यह अपेक्षा की गई है, उस गाँधी का वर्णन या सहायता दिखाने की अनुमति द्वारा दिखायी देने की विधि है वही जो ही विधि में दृष्टा।

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 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) यह प्रथम कि अपनी हस्ताक्षर व अपने जीवन लक्षण, जो (आवेदक) अपनी सहायता की पुरुष करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा अधिकृत करता है जो सच्च रूप से विवाद एवं अपेक्षा के विवरण इस प्रथम में पर्याप्त है, उसे "कोशिका" एवं नामी, उम, याचनाएँ एवं उसे उद्देश्य रोजाना द्वारा उन्हीं के लिए किया जाएगा एवं उसका उद्देश्य विवरण से प्रशासित करने के लिए अधिकृत है। ऐसे प्रथम का विवरण में इसका जो चाहे या चाहे ये कहने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसकी अधिकृत है।
- 2) यह (आवेदक) इस जारी में प्रदर्शन है कि मैंने नाम, उम, अपेक्षा और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जापित हैं युक्त सहायता का उन्नायन नहीं कराया। इस अपेक्षा में "कोशिका" एवं उनके अधिकारों का निर्वाचन जीवन वापरकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अपेक्षा का निराम

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की अपेक्षा में यामल्टौर्ही को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता की जाती है, जिसे डॉम (हस्पताल) निम्न उम्मार से सब से अधिकतम करते हैं।

- 1) यह कि वहां तक सम्भव होने वाली विवरण में विवाद नहीं है कि सहायता का उद्देश्य से उभे उपर्युक्त विवरण में तो होते या नहीं होते, जैसे कि इसमें "कोशिका फाउंडेशन" से विवादित/विवरण उभा के चाहवाले "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदर्शित होता है। वही "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकारी/संचालक द्वारा यानुकूल नहीं किया जाता है कि सहायता की अपेक्षा अन्य विवरण या कहाँ जब्त उभा सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकारी सुनिश्चित रखता है। इस पुरुष में सम्बन्ध कहा जाता है कि सहायता द्वितीय प्रदर्शन उभा उपर्युक्त विवरण में दूसरी विवरण की अपेक्षा अन्य सहायता में जारी नहीं होती।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से भी नहीं सहायता की अपेक्षा विवरण प्रदर्शित की जाती है। ऐसी जारी हस्ताक्षर द्वारा यहीं यहीं सहायता का कोई उभा नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसी जारी हस्ताक्षर द्वारा यहीं यहीं सहायता की जारी होती है वही "कोशिका" को कोई विवरण या विवरणीय इस अपेक्षा में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सर्वोच्चता के लिए संस्कृति

Date of Surgery
अपेक्षा की तारीख

20/3/24

M.B.B.S M.C.
Gold Medallist
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्पताल का नाम व हस्पताल व रोड नं.

OPTOMETRIST AVTAR SINGH DAS
Sankar Das behalf of Nirmal INSTITUTE
नाम व पद हस्पताल संस्कृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION जानकारी उपलब्ध है

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2