

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता फेस्ट आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(प्राचीन वेदाधार)

APPLICATION NO.: KJ/0924/0090
आवेदन नं.: KJ/0924/0090

APPLICATION DATE : 9-04-24
आवेदन तिथी :

NAME of APPLICANT : MD. FAHIM
আবিষ্কৰ কা. নাম

AGE-YEARS वय-वर्ष SEX लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MD. MUSLIM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

10A/13, LINTON STREET, ENTHALY, KOLKATA
700014 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : 101, अस्सी नगर

— ABOVE —

OCCUPATION :

CARPENTER

MARRIED (प्रधारित) / UNMARRIED (अप्रधारित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

$$6000 \times 12 = 72,000\text{ t}$$

(Attach Proof of Payment)

PRICES OF INCOME

PAN No. स्पॉर्ट ग्राम संस्कार

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

- Yes I did

FAMILY DETAILS

FAMILY DETAILS परिवार जानकारी				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1. १.	Mrs. FAHIM HAIBISA KHATOON	43 36	M F	WIFE WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

नियमों का विवर विवरण आदि।			
SPL. Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
माटीवाले रेत के नीचे प्रभाग पर (प्रभाग पर की छाप प्रति संलग्न करें)	अलग जाल की प्रभाग पर (प्रभाग पर की छाप प्रति संलग्न करें)	जरूरतवाला कार्ड (प्रभाग पर की छाप प्रति संलग्न करें)	अन्य कोई सब्स्क्रिप्शन

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

मानवता के लिये आपे जिसी तरह उत्तेजित

Sl. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डिस्ट्रिक्ट से जारी की गई डिलिवरेन्स सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (STO3 + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस विद्यालय के हनु कांड अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?		
Br. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED दी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अप्प्लिकेशन करने वाले का 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 हूं कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण भेदी बदलाव के बहुतार मात्र एवं सही हैं। यह नहीं विवरण का वास्तविक रूप वाला चाहा है तो नहीं बदलाव लिया की वह बहुत है।
- 2) मैं द्वारा को सहायता की "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाति है, उसका उपयोग करने वाले को पूछने के लिए विवरण बाबू, जो इस प्रकाश में यह नहीं है।
- 3) मैं पूर्ण रूप से विवरण भावावाला हूं यह कार्यका की वह है, उस विवरण का उपयोग यह बदलाव किया जाना चाहिए/विवरण बदलाव की वह नहीं है। और न ही विवरण में लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्प्लिकेशन करने वाला)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/public/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) मैं अप्प्लिकेशन करने वाले की ओर जालकर, मेरे (अप्प्लिकेशन) अप्प्लिकेशन की चुनिंदा बदलाव है, एवं "कोशिका फाउंडेशन" वाली बदलाव बदलाव की ओर आवश्यक है। यह नहीं विवरण इस प्रकाश में प्रतिष्ठित है, जो "कोशिका" एवं नाम, जन्म, वास्तविक दृश्य भूमिका के बहुतारीहीन वाली बदलाव की ओर विवरण भोग्य प्रस्ताव में सम्भवित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्येक विवरण में इस बदलाव के फले का बदल ये कानून के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वाली अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्प्लिकेशन) इस बाद में बदलाव हूं दिये गए जन्म, नाम, जाति और विवरण से कि सहायता के बदलावों से अलग हूं गयी रहूं। सहायता का इकायार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं इसके नामियों का विवरण अलिम भी बदलाव होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्प्लिकेशन के बदलाव का अनुठाका का विवरण

M.Q. Fahim

AGREEMENT by HOSPITAL (इम्प्रिस्ट कुप्रांग करना)

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 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. This
- 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, इसकी की ओर से घोषणाएँ की "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण बदलाव हूं दिया है, विवरण इस इम्प्रिस्ट से मान्य व अधिकृत बदलाव है।

- 1) यह कि न ही बदलाव और न ही विवरण में विवरण बदलाव किया गया वर्तावी बदलाव या किया गया बदल तो बदलाव के बाबू एवं योग्यता में जो बदलाव है "कोशिका फाउंडेशन" हुए नहीं होता कि है। यह "कोशिका फाउंडेशन" हुए विवरण विवरण बदलाव के बदलाव के बाबू एवं योग्यता में बदलाव की संख्या या किया गया विवरण जो बदलाव तोने का अधिकारा सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में बदल बदल याता है कि बदलाव हुआ गया विवरण बदल बदल योग्यता में बदल दिया गया है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में ही नहीं बदलाव के बाबू विवरण बदली जाती है। ऐसी विवरण बदलाव ही गई बदलाव जो विवरण विवरण बदल बदल योग्यता में बदल दिया गया है और "कोशिका फाउंडेशन" हुए विवरण बदल बदल योग्यता में बदल दिया गया है। इसलिए बदलाव में ऐसी विवरण बदल बदल योग्यता में बदल दिया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संचालकी के लिए संस्थानी

Date of Surgery बीमारी की तरीका <i>07/04/24</i>	<i>20.04.2024</i> M.Q. FAHIM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) झालां जा बाप व बालाका व बाली न	<i>OPTOMA ARAVIND DAS</i> (Name, Designation & Status of Authorised Signatory on behalf of Hospital) <i>SANKALP INSTITUTE OF EYE CARE & RESEARCH</i>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

विवरण उपरोक्त हैं

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी दस्तावेज़ 1

Sufyan

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी दस्तावेज़ 2

Liaqat