

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0624/0317 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 19/06/24 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: MOKHHED GAZI आवेदक का नाम		AGE-YEAR: 64 वर्ष		SEX: M लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: CHAGBAR GAZI पिता/पत्नी का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: जहाँ आपका पता MADARTALA, SODARPUR - BEHALA, NORTH 24 PARGANAS JABBAR, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: जहाँ आपका पता - AS ABOVE -					
OCCUPATION: VEGETABLE SHOP व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: 5000 X 12 = 60,000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)			
PAN No. जारी नहीं है					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं)					
Yes / No हां / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sl. 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.	MOKHHED GAZI	64	M	SELF	
2.	MARJINA BIBI	59	F	WIFE	
3.	KUTUBUDDIN GAZI	35	M	SON	
4.	NIRMUDDIN GAZI	30	M	SON	
5.	NASIR UDDIN GAZI	26	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 किसे गये चिकित्सी का उद्देश्य:					
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिहास सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE - (SIOS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली क्या है?					
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भरना)

- 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 आवेदन में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं झूठा आवेदन सच साबित है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन" से ले रहा हूँ। इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में सच कहा है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह धारणा को नहीं दूँ, कि इस रकम का जमाका या भुगतान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या से लिया है। और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करना)

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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (अर्शिका) अपने सहयोगी को अधिकृत करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए हैं, जैसे "कोशिका" द्वारा आयोजित, दान, वसूली/या दूसरी उद्देश्य से दूसरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी उद्देश्य का विवरण मेरी इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्यों से प्रकाशित करने वाले समय: फाउंडेशन का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हॉस्पिटल द्वारा 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 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 की ओर से मांगते/प्राप्त की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निरस्त प्रस्ताव से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त उद्देश्य/उद्देश्यों से ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी सकारात्मक हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य या सकारात्मक या किसी अन्य उद्देश्य से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सुनिश्चित करने के लिए कहा जाता है कि अगला वित्तीय प्रदान उद्देश्य/उद्देश्यों हेतु किसी भी सकारात्मक या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी कि हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता या निदान एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव सभी एक हॉस्पिटल की ओर का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में ऐसी कि उपचार प्रदान और करने करने की जाती बिना/बिना ऐसी कि हॉस्पिटल की ओर की। "कोशिका" को कोई सुनिश्चित या बिना/बिना इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/06/24

Dr. Subash Das

M.B.B.S. N
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम उ. रजि. नं. के साथ

OPTOM ANAND DAS

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकृत**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safaryal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safaryal