

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : K/0723/0385 APPLICATION DATE : 19/07/23  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : ACHIMAN GAZI AGE-YEARS उम्र-वर्ष 73 SEX लिंग F  
आवेदक का नामFATHER'S/SPOUSE'S NAME : UZIR GAZI  
पिता/पत्नी का नामPRESENT RESIDENCE ADDRESS : कौटिल आवास पता  
DURGAMANDAP NORTH 24 PARGANAS,  
#4B446, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE MARRED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / ☒ No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | ACHIMAN GAZI                                      | 73                         | F              | SELF                                            |
| 2.                     | MONTAE GAZI                                       | 72                         | M              | HUSBAND                                         |
| 3.                     | AZIZ GAZI                                         | 42                         | M              | SON                                             |
| 4.                     | HAKIM GAZI                                        | 39                         | M              | SON                                             |
| 5.                     | ROMICHA GAZI                                      | 36                         | F              | DAUGHTER                                        |
| 6.                     | LAILI GAZI                                        | 32                         | F              | DAUGHTER                                        |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनंति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>एलीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनंति का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                    |
| 2.                     | SURGERY - RE (SIAS + IOL)                                                                    |

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

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 प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकार, एच क्वारा प्रमाणित किया गया है तो मेरी साक्षात् निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरी इससे जो साक्षात् एमि "कोविड-19 प्रमाणित", मैं इसे जा रहा हूँ, इसका उपयोग इसी प्रमाण को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस साक्षात् हेतु यह प्रमाण की गई है, उस एमि का अधिकार या सरकार हिस्सा किसी अन्य कोविड-19 प्रमाणित करने में या लिया है और न ही भविष्य में होगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Kashiya 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 Kashiya Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kashiya 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.

- १) इस प्रश्न का ज्ञान इतना था जितने की आप लगभग, मैं (अवेदक) ज्ञान सहायता की तुलना करता हूँ एवं "कोशिका कंट्रोल और उसके व्योमों" का अधिभूत करता हूँ कि मेरा ज्ञान, पाता, जोड़ो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" प्रकृत व्योमों, यान, बाबा/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी विविधियों और उपस्थितियों के विषय किसी भी प्रकार सम्भव से प्रस्तुति करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण को ज्ञान के पक्षों या बार में करने के लिए "कोशिका कंट्रोल" का ज्ञानी अधिभूत है।
- २) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा ज्ञान, पाता, जोड़ो और विवरण का कि महात्मा के उद्देश्यों से प्रेरित है मुझे स्पष्ट; सहायता का उत्तरदायी नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रकृत ज्ञान के व्योमों का विषय ज्ञान और बाबाकारी होता।

आपके हस्तक्षेप का अंगरेजों का पितामह



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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient; and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसका अधिकतम, इस्तेमाल की जाने से सावधानी की "कोईमा काउन्टर" में लिखित सावधानी हो लिखित की जाती है, जिसे हम (हमसे) विम जवाब से सन्ध व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो संविधान और न ही अधिकांश विधिपरिभाषिका किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्तर से उक्त ऐंगी/व्ययम में लोपा या तो रही है, जैसा कि अपने “कॉन्सिडरा फाइनलेशन” में सिफारिश/विनियमन उक्त को सम्बंध में “आंशिक कॉन्सिडरेशन” द्वारा मरद हुनु कि है। यदि “कॉन्सिडरा फाइनलेशन” द्वारा स्थापित विनियम अधिकांशतः उक्त मरदु नही किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थागत से स्थापित होने का अधिकांश सुरक्षित रहता है। इस भूमि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय मरद उक्त ऐंगी/व्ययम में हुनु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लोपा/लगी।

2. "कोशिका फायनडेशन" से जो गैर अकादमिक कमल विविध प्रकृति की हैं। रोगों या इन्फेक्शन द्वारा ही कई सालों या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुधार रोगी एवं इन्फेक्शन से रोग का निपट है और "कोशिका फायनडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए इन्फेक्शन में रोगी से उपचार सुझा और अपने जाने की जगह जिम्मेदार रोगी एवं इन्फेक्शन की रोगी और "कोशिका" की कोई रचना या जिम्मेदार इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

19/3/23

M.B.B.S.M.S

(Name **Gold Medalist** with Stamp)  
Reg no. **71935**

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
in form of Hospital)  
SANKAR EYE INSTITUTE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

न्याय्य सफलता ।

व्यासो हस्माथा २

Ergebnis

Left