

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life.		
APPLICATION No. : K/0823/0476		APPLICATION DATE : 14/08/23		
NAME of APPLICANT : MASIDUL GAZI		AGE-YEARS : 52	SEX : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SAHIDUL GAZI				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : CHHAINALPUR, JAKIPUR, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE				
OCCUPATION : CARPENTER		MARRIED () / UNMARRIED ()		
TOTAL ANNUAL INCOME : 4000X12 = 48000/-		(Attach Proof of Income)		
PAN No. :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	MASIDUL GAZI	52	M	SELF
2.	REHANA BIBI	48	F	WIFE
3.	ABDUL SAHID	21	M	SON
4.	RUKSANA BIBI	19	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2. SURGERY - RE (SIOS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकी कं अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पृथक् कथन असत्य सत्य साबित है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरा जा रहा है, उसे भविष्य में पूर्णतः या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में दी गई हैं, जिसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉन, वॉलन्टीयर्स द्वारा उपयोग में लूरी गतिविधियों और उपलब्धियों को संचारित करने के लिए किसी भी प्रसार माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का प्रसारण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उसे केवल सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉन, वॉलन्टीयर्स का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*maxi dule gazi***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 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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्य/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जब कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त की संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार का चिकित्सा या चिकित्सीय उपचार से नहीं संलग्न/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को ध्यान में रखते हुए रोगी एवं हस्पताल की बोली और "कोशिका" की कोई भी प्रस्ताव या सिफारिशों उस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/06/23

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S M.S.

(Name of Dr. with Stamp)

Reg. no. 1035

OPTOM ANAGNI DAS

(Name, Designation, Stamp of Authorised Signatory)

SANKARA JYOTIYU INSTITUTE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

Safuraj

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2

Sic 2 E