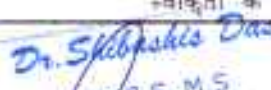
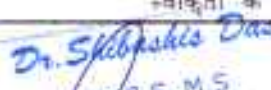
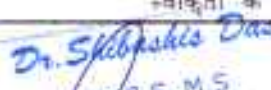
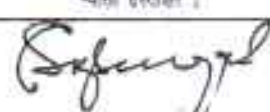


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: M/0822/0193 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 04.08.2022 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: MD NISHAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 51	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD YOUNUSH पिता/कन्या का नाम		 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता GG. D.C DEY ROAD, TANGRA, KOLKATA, 700015, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता AS ABOVE			
OCCUPATION: CONTRACT LABOUR व्यवसाय			
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 3000 x 12 = 36,000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)			
Yes / No हां / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1	MD. NISHAR	51	M
2	SAKTIA BANU	48	F
3	MD. PRSHAD	24	M
4	TABAEUN	22	F
5	TERANNUM	19	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवर्ति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवर्ति का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE		
2	SURGERY - LE (SICS + DOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शदक द्वारा कलक) 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अधिकतम या प्रत्यक्ष किन्हीं अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।				
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक द्वारा कलक) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसकी न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनादिक दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष को करने या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है। 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण रूप से सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।				
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्शदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान 				
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कलक) 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. हमारा अधिष्ठाता, हस्ताक्षर की ओर से आधिकारिक तौर पर सिफारिश कर रहा है कि हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विहित सहायता किसी भी सकारात्मक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त को सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकारात्मक हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सकारात्मक संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और आगे जाने की गारंटी निम्नलिखित रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धुंधला या निम्नलिखित इस मामले में नहीं होगी।				
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति <table border="1"> <tr> <td> Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04/08/22 </td> <td>  M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम, पंजीकरण नं. और छाप </td> <td>  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) हस्पताल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और छाप SANKAR DAS </td> </tr> </table>		Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04/08/22	 M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम, पंजीकरण नं. और छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) हस्पताल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और छाप SANKAR DAS
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04/08/22	 M.B.B.S M.S (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम, पंजीकरण नं. और छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) हस्पताल के अधिकृत अधिकारी का नाम, पद और छाप SANKAR DAS		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION				
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 