

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. : M/0922/0270 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 02/09/2022 आवेदन तिथि :		
NAME of APPLICANT : AKHTARI BEGUM आवेदक का नाम :		AGE-YEARS : 50 आयु-वर्ष :	SEX : F लिंग :	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Md. HANIF पिता/कन्या का नाम :				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : R27 TOPSIA 2ND LANE, TILJALA, SOUTH 24 PARGANAS, 700035, WEST BENGAL वर्तमान निवासीय पता :				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE स्थायी निवासीय पता :				
OCCUPATION : COOK व्यवसाय :		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1000 x 12 = 12000/- कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. : आपका पैन संख्या :				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो सत्य 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	AKHTARI BEGUM	50	F	SELF
2.	MD. SHARIF	54	M	HUSBAND
3.	APSARI SHARIF	28	F	DAUGHTER
4.	ANSAARI SHAHEEN	25	F	DAUGHTER
5.	MD. SHAMFER	22	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मुर्जी संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE (SICS + TOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES. इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		

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 पक्षिका कहता हूँ कि इस प्रकार में दिने गरी सभी किरणों की आवश्यकता को अनुसर मध्य रख रही है। यदि कोई विकिरण एक कक्ष में प्रत्यक्ष पाया जाता है तो मेरी महसूस निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरी इस ओर महसूस राशि "कौशिकी सार्वजनिक" में भी जा रही है। उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार में था। यह है।
- 3) मैं पक्षिका कहता हूँ कि जिस महसूस हो रहा है, इस राशि का शक्तिशाली प्रभाव जिसमें किसी अन्य प्रभाव/निष्पत्ति/बीज सम्पत्ति में से तो लिया है और न ही पक्षिका में लूण।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 या अपने हस्तक्षेप या अंतर्द्वेष को धारण लेना, नै. (अवैधक) अपनी स्थिति को सुनिश्चित करने के लिए "कांग्रेस काउन्सिल" को इससे बचाने के लिए प्रयास करना है कि यह नाम, पता, जहाँ और जो विभाग इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कांग्रेस" प्रश्न नाम, राज, साक्षरता दूसरी उद्देश्य से नहीं गतिविधियों को उत्प्रेषणियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास करने के लिए अधीन है। यह प्रश्न का विचार से उत्पन्न को धारण या बाध के लिए "कांग्रेस काउन्सिल" के द्वारा अधीन है।
- 2) नै. (अवैधक) हम बात से सहमत हैं कि यह नाम, पता, जहाँ और विभाग जो कि सहायता के उद्देश्य से निर्मित है पूर्ण रूप से सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कांग्रेस" प्रश्न उत्प्रेषणियों का निर्माण अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अणुचक्र के हस्ताक्षर या अणुचक्र का नियंत्रण

۱۸ مئی

By affixing hereunder: signature of our Authorized 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 अर्थ है कि, इसका मतलब है कि "कोई भी व्यक्ति" से किसी भी व्यक्ति को नहीं है, जिसे हम (हमself) नहीं जानते हैं।

1. यह कि न तो संवेदन और न ही अधिक्य या शोषण महापता किसी भी सभ्यता संवेदन या किसी अन्य सभ्यता से उभरती होगी, बल्कि यह है कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में दिखाया कि नतीजा इस के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान है कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापता विनिर्दिष्ट अतिरिक्तकाल हो मनुष्य नहीं किया जाता है तो असमर्थता किसी अन्य भी सभ्यता संवेदन या किसी अन्य सभ्यता से महापता होने का अधिकतम सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा सकता है कि असमर्थता इतिहास पर उस छोटी/मध्यम हो कि किसी भी सभ्यता संवेदन या किसी अन्य सभ्यता से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो यह महापता केवल विविध प्रकृति की है। सीमा पर हमसफल द्वारा ही यह सफल या किने गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य छोटी एवं हमसफल के बीच का विषय है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इतिहास हमसफल में सीमा के इतर प्रभाव और आने जाने की सारी जिम्मेदारी छोटी एवं हमसफल की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery अर्पण के तारीख 02/09/22	Dr. Shibashis Das (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ नि.	OPTOM ANKUSH DAS (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory or Center of Hospital) ऑप्टम अंकुश दास हेल्थकैर अस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		आन्तरिक उपयोग हेतु
SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यापारी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यापारी हस्ताक्षर 2	