

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता देते आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: M/1022/0370

APPLICATION DATE: 12/10/22
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: MD. YASIN
आवेदक का नाम:

AGE-YEARS: 80
SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD. YAQUB
जिताकर्ता का नाम:

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: उद्धमाब आवासीय जल
1/1 CHAMRU SINGH LANE, NARKELE DANGA,
KOLKATA 700011, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय जल

— AS ABOVE —

OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय:

MARRIED (जिपाहिया) / UNMARRIED (अजिपाहिया)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल आयका रूपये

(Attach Proof of Income)
(आय का मान्य संलग्न)

PAN No.: स्थान जाता संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का जाता है (जो माल ही उम पर सही का विश्वाल लाता)

Yes / NO
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	MD. YASIN	80	M	SPOUSE
2.	SATRA BEGUM	54	F	WIFE SON
3.	MD. FEROZ	52	M	SON
4.	MD. ASIM	75	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनाश आया

BPL Card (Attach Card/ Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate/ Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
गोदावी रोड के भीतर प्रभाग पर (प्रभाग पर को आए प्रति संलग्न करें)	अल्प आय का प्रभाग पर (प्रभाग पर को आए प्रति संलग्न करें)	उपभोक्ता काठ (प्रभाग पर को आए प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य सहायता का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED हो गई सहायता कीमत



DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन करने वाला पर

- 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.
- 4) मैं योगदान कार्यालय से किए गए प्राप्ति में सभी विवरणों में सहमति को अनुसर सभी इच्छा है। यदि कोई विवरण ऐसा कारण असत्य पाता जाता है तो मेरी सहमति विवरण को करनी है।
- 5) मैं दृष्टि करता हूँ कि सहमति गांधी "कांशिका फाउंडेशन" गे गी जा रही है। उसका उपर्युक्त उम्मीदवार उम्मीदवार को उम्मीदवार के लिए विवरण करता है। जो इस प्राप्ति में पाता जाता है।
- 6) मैं योगदान कार्यालय से किए गए प्राप्ति को अनुसर करना चाहता हूँ कि आपको यह विवरण किसी भ्रष्ट योगदानकारी को सम्मिलित नहीं किया जाएगा और वही विवरण में लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेशन करने वाला)

- 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 दस्तखत पर अपने उम्मीदवार को अनुसर की भी बात लगाता है ; अवैधत, अपनी सहमति की गृहीत कार्यालय "कांशिका फाउंडेशन" और उपर्युक्त कार्यालय के लिए नाम, जन्म, जाति, जाती-जीवि विवरण इस दस्तखत में घोषित हैं, उसे "कांशिका" एवं नामसे दाता, वाचनाद्वय दूसरे उदारेश्वर में लूटी गई विवरणों और उल्लंघनों को लिए जिसी भी उपरांत सम्भव है।
- 2) मैं इस दस्तखत को लिए अधिकृत हूँ। यह दस्तखत में लगाता हूँ कि वाहन के पहले वाहन में लिए जाने के लिए "कांशिका फाउंडेशन" का नामों अधिकृत है।
- 3) मैं (अवैधत) इस वाहन में लगाता हूँ कि योगदान, जन्म, जाति और विवरण को किए लगायत के उदारेश्वर में अधिकृत है। मूल तरफ़ महायाता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कांशिका" एवं उपर्युक्त नामसीधी का विवरण अंतिम और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेशन के सम्बन्ध में अधिकृत का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (हम्मताल द्वारा कराया)

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.

इसका अधिकृत उल्लंघन की ओर से मानसिक रूपों को "कांशिका फाउंडेशन" में विवरण देने विवरण की जाती है, जिसे हम (हम्मताल) निम्न प्रकार में मान्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता विकल्पों की सहायता सम्बन्धीय विवरणों अथवा स्वतंत्र में सही वा सही नहीं है, वैसे कि हमने "कांशिका फाउंडेशन" द्वारा महायाता विवरण अधिकृत सहायता देने वाले नहीं जिस जाता है तो अस्पताल विकल्पों अन्तर्गत विवरणों का विवरण अस्पताल सम्बन्धीय विवरण सही है। इस यूटिंग में स्वतंत्र कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय विवरण उपरांत उपरांत गोंदी-गमता होने विवरणों की सहायती सम्बन्धीय विवरण में नहीं लिया जाता।

- 2) "कांशिका फाउंडेशन" में नहीं महायाता अवलम्बन विवरण उपरांत होती है। योगदान का हम्मताल द्वारा दी गई समाप्ति का विवरण वाले इस्तरों/दूसरों का योगदान नहीं है। इस्तरों/दूसरों में योगदान का विवरण अस्पताल विवरणों की सहायती सम्बन्धीय विवरण सही है। इस यूटिंग को स्वतंत्र कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय विवरण उपरांत उपरांत गोंदी-गमता होने विवरणों की सहायती सम्बन्धीय विवरण में नहीं लिया जाता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती को लिए संस्कृति

Date of Surgery अविपरीत की तारीख 12/10/22	Dr. Shubhashis Das Director M.B.B.S. (Gold Medallist) Name of Dr. & Date of Appoint. (Official Stamp) Regd. No. M/055 WPM डॉ. शुभाशी दास द्वारा दिल्ली विश्वविद्यालय, ३ दिसंबर २०१३	OPTIONAL STAMP/DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) SANKARATHOTTEYENI DAS (Signature of Dr. Sankarathotteyeni Das)
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्राजीक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2