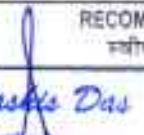
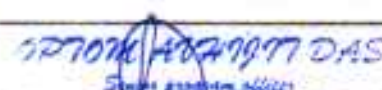
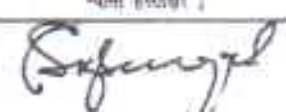


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building block of life		
APPLICATION No. : M/1022/0394		APPLICATION DATE : 14/10/22		
NAME of APPLICANT : MD. FAIYAZUDDIN		AGE-YEARS : 50	SEX : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : TAJ MOHAMMAD				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 3/1B, MOFIDOL ISLAM LANE, ENTALLY, KOLKATA - 700014, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -				
OCCUPATION : LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 3000 x 12 = 36,000/-		(Attach Proof of Income)		
PAN No. : [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (X) / No				
FAMILY DETAILS - परिवार विवरण				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	MD. FAIYAZUDDIN	50	M	SELF
2.	NIJAFAR KHAN	42	F	WIFE
3.	MOUSEEN FAIAZ	25	F	DAUGHTER
4.	MD FAIZAN	21	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof	
(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Card Copy)	(Attach Proof)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE (SIC + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया): 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इस बात को सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का ज्ञाता हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है। 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि बिना सहायता हेतु यह व्यय किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया): 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" दूरम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से कुछी परिधि/विधि और उपस्थिति/विधि के बिना किसी भी प्रकार साधन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इनके से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं कुछे समय: सहायता का इकट्ठा करी बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरम् न्यासी/विधि का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुली का छाप 		
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया): 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/पेशी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु रिकार्डिंग की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से रिकार्डिंग/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/सफल हेतु कन्दु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य से सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय परत उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने पर सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा लेने पर सहायता या बिना लेने पर उपचार/उद्देश्य का सुचारु रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल से रोगी के इलाज सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई सुझा या विधायकता इस सम्बन्ध में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए प्रस्तावित Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/10/22  Dr. Shibashis Das Director M.B.B.S.M.S. (Gold Medalist) Head of Ortho & Joint Surg. Deptt. HOSPITAL का नाम के हस्ताक्षर या छाप  ANSHU KUMAR DAS Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) ANKARA HOSPITAL नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनधिकृत उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 