

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.																																																			
APPLICATION No.: K/1217/1525		APPLICATION DATE: 09.12.17																																																					
NAME of APPLICANT: SARIFA KHATUN		AGE-YEARS 41	SEX F																																																				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MAWLA BOKSH GAZI				 																																																			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MAJHER PARA, ATURIA, UTTAR ATURIA, MADURIA, NORTH 24 PARAGANAS, 743424, WEST BENGAL																																																							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE																																																							
OCCUPATION: HOUSE WIFE																																																							
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)																																																							
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)																																																					
PAN No. XXXX XXXX																																																							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / ☒ No																																																					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. क्रम संख्या</th> <th>Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम</th> <th>Age (Years) उम्र (वर्ष)</th> <th>Gender लिंग</th> <th>Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>SARIFA KHATUN</td> <td>41</td> <td>F</td> <td>SELF</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>MAWLA BOKSH GAZI</td> <td>50</td> <td>M</td> <td>HUSBAND</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>RESHMA KHATUN</td> <td>19</td> <td>F</td> <td>DAUGHTER</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>AMINA KHATUN</td> <td>17</td> <td>F</td> <td>DAUGHTER</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>FATZANA KHATUN</td> <td>14</td> <td>F</td> <td>DAUGHTER</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						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 सम्बन्ध	1.	SARIFA KHATUN	41	F	SELF	2.	MAWLA BOKSH GAZI	50	M	HUSBAND	3.	RESHMA KHATUN	19	F	DAUGHTER	4.	AMINA KHATUN	17	F	DAUGHTER	5.	FATZANA KHATUN	14	F	DAUGHTER																				
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 सम्बन्ध																																																			
1.	SARIFA KHATUN	41	F	SELF																																																			
2.	MAWLA BOKSH GAZI	50	M	HUSBAND																																																			
3.	RESHMA KHATUN	19	F	DAUGHTER																																																			
4.	AMINA KHATUN	17	F	DAUGHTER																																																			
5.	FATZANA KHATUN	14	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: सहायता हेतु किसे करने विवरी का उद्देश्य:																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. क्रम संख्या</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>SURGERY - LE (SLCS + IOL)</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE	2.	SURGERY - LE (SLCS + IOL)																																												
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न																																																						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE																																																						
2.	SURGERY - LE (SLCS + IOL)																																																						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए है?																																																							
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ती गई सहायता राशी																																																			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, कि मैं भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से मिल सकूँ और न ही यहाँ घोषणा करता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, कर्मचारी द्वारा उद्देश्य से चुनी गयी विधियों और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने से इजाजत करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पक्ष में या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टरों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 this matter.

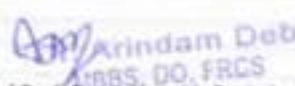
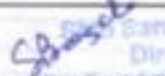
इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से प्रमाणित करने के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता नहीं मिलेगी। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमारा और "कोशिका फाउन्डेशन" के बीच कोई भी सहायता के लिए कोई भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें या हमारा और न ही सहायता के लिए कोई भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इससे हमें सहायता के लिए कोई भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

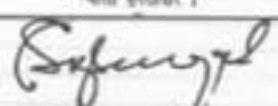
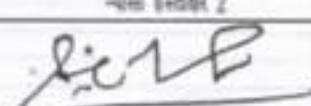
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09.12.17	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजीकरण संख्या	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हमारा अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--