

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life		
APPLICATION No.: K/0518/0398 आवेदन संख्या:			APPLICATION DATE: 19/05/18 आवेदन तिथि			 		
NAME of APPLICANT: MD. SULTAN आवेदक का नाम			AGE-YEARS 57 आयु-वर्ष		SEX M लिंग			
FATHER/SPOUSE'S NAME: MD. SHAHZADIA पिता/पत्नी का नाम								
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 41/2/H/5 DR. M.N. CHATTERJEE STRAIT, KAMRUPH HOTEL, KHALA ZAR CROSSING, KOLKATA, 700009, WEST BENGAL वर्तमान आवासीय पता								
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी आवासीय पता								
OCCUPATION: LABOURER व्यवसाय								
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs-2000x12=24000 कुल वार्षिक आय						(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें)		
PAN No. XXXXXX1234 आपका आयकर पहचान संख्या								
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)								
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 सम्बन्ध			
1.	MD. SULTAN		57	M	SELF			
2.	SALMA BEGAM		55	F	WIFE			
3.	ALIF SULTAN		28	M	SON			
4.	TAMAZUN SULTAN		25	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार								
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विषयों का उद्देश्य:								
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रुची संलग्न							
1.	DIAGNOSIS - CHANCRULE							
2.	SURGERY - LF (SPCS + IOL)							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?								
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: ਅੰਮ੍ਰਿਤ ਕੁਮਾਰ ਸਿੰਘ ਸਾਹੂ

- 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 कतार हूँ कि इस प्रारूप 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) मेरी द्वारा जो सहायता एतत् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धारा गया है।
- 3) मैं पुनः कतार हूँ कि क्या सहायता हेतु यह प्रार्थना की जाँ है, उस एतत् का अधिकतम या सम्पूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ली गया है और न ही भविष्य में ली जाय।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to all forms)

- 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 द्वारा या अपने हस्ताक्षर या मोहरे की सहायता पर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति और अधिकार देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रकार से प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एजन्सियों, पत्र, पत्रिकाओं द्वारा वर्तमान से भविष्य में प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इसका विचारण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्याता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि सहायता को वर्तमान से प्रकाशित है मुझे सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एजन्सियों के न्याताओं का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



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 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 अभिमुख, इराक़ी की ओर से सामने/पंजी को "कोशिका आवाजेशन" से विविध सहायक सेवा विपरीत की जाती है, जिसे हम (हमसाल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही परिवार में विविध साक्षरता किसी भी साक्षरी सोचन या किसी अन्य स्वीत से उका ऐदी/माले में से है, जैसे कि इने "कॉलेज फाउंडेशन" से विज्जित/विज्जित उका से सम्बन्ध में "कॉलेज फाउंडेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कॉलेज फाउंडेशन" द्वारा साक्षरता विविध म्दी/ममल हेतु म्नुता गी किम मल है तो म्ममलत किसी अन्य भी साक्षरी सोचन या किसी अन्य म्ममलत से साक्षरता लेने का म्मिभार म्मुचित मलल है। इस म्मिध में म्ममल मलल मल है कि म्ममलत द्विीम मरर उका ऐदी/माले हेतु किसी भी साक्षरी सोचन या किसी अन्य म्ममलत से गी म्ममल/लेदी।
2. "कॉलेज फाउंडेशन" से ली गई साक्षरता कंमल विविध म्मृति की है। ऐदी या म्ममलत द्वारा दी गई मललत या किने गने म्ममल/ममि मल म्ममल ऐदी एवं म्ममलत से मीम का विमम है और "कॉलेज फाउंडेशन" द्वारा किसी म्ममल का कंई म्ममल गी है। इसीले म्ममलत में ऐदी से म्ममल म्ममल और म्मने म्मने की म्ममि म्ममल/लेदी ऐदी एवं म्ममलत की म्ममि और "कॉलेज" की कंई म्ममलत या म्ममल/लेदी इस म्ममल में गी म्ममल।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संश्लिष्ट (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)

ACCEPTANCE
सम्पूर्ण

REJECTION
उत्तर

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/05/18

Dr. Alok Agrawal
MBBS, MCh (Eye) FMRP, FSNEC
Reg. No. 34766
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद इत्यन्तु अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED
संज्ञित

REJECTED
समस्या

SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्राणी इन्द्रावर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

by

Eric N