

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0718/0632
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 02/02/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: AMINA GAZI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
73

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AAKKAS GAZI
पिता/पत्न्य का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तुन आवासीय पता

TAKIPUR, NORTH 24 PARGANAS, 743429,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income)
(आय का सत्य सिलान)

PAN No. स्पष्ट खाल में

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पत्रक हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बन्ध
1.	AMINA GAZI	73	F	SELF
2.	ATYAR GAZI	50	M	SON
3.	JUBBAR GAZI	47	M	SON
4.	CHAFURA GAZI	45	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT
2.	SURGERY - RE (SIESTA 101)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (PLEASE DO NOT)

- 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 donation to 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब इसकाया या अन्य किसी अन्य साक्ष्य, मैं (आवेदक) अपने साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्योतिषियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" एवम् ज्योतिषी, राशि, राक्षसद्वारा दूसरे उद्देश्य से मुझे यौगिकविधि और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार साक्ष्य से प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण जो इसकाया के जवाब में करने का बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ज्योतिषी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्य के उद्देश्य से प्रमाणित है मुझे इसकाया फाउंडेशन का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ज्योतिषियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आर्षेय के इस्तेमाल का अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से करार)

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.

1) यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिकांश ही विधिगता है।

1. यह कि न तो कर्मण और न ही धर्मिक में विधि सहायता किसी रीर सारकारी संस्था या किसी अन्य स्वीत से उका ऐंठिपायले में लेने या ले ले है, बैसे कि इले "कौशिका फाउंडेशन" से विचारित/विधि उका के समर्थ में "कौशिका फाउंडेशन" द्वारा गदर हेतु कि है। रीर "कौशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि कौशिका/समर हेतु गभुर ली किच जल है तो अमपाल किसी अन्य रीर सारकारी संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिका सुविधा सल है। इस धृति में गदर कल जल है कि अमपाल विधि गदर उका ऐंठिपायले हेतु किसी रीर सारकारी संस्था या किसी अन्य समर्थन से ली लेण/लेने।
2. "कौशिका फाउंडेशन" से ले री सहायता कौशल विधि प्रदुति की है। ऐंठे या इमपाल द्वारा री री सहाय या किने गने जपस/प्रतिच का सुकष ऐंठे एवं इमपाल के बीच का विषय है और "कौशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कर्त दयाय ली है। इसीसे इमपाल री ऐंठे के इलाय सुल और अने जाने की ली जिनेपरी ऐंठे एवं इमपाल की होने और "कौशिका" की कर्त धुमिका या जिनेपरी इस माले में ली होने।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निराकरण लगाये)

ACCEPTANCE
सम्पूर्ण

REJECTION
पुनर्परीक्षा

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02/08/18

Dr. Hrishabh Shankar NARQ
MDS, MS, (OPHTH)
Reg. No. 55858
Special Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इन्सट्रक्शन व स्टिप्ट

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED
सन्तति

REJECTED
REJECTED

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इन्द्रधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इनाम 2

27/10

Signature