

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवोदन प्राप्ति

#### **(Healthcare)**

(प्राचीन दैर्घ्यात्मक)

APPLICATION No.: ५१०९७ / १८०

APPLICATION DATE: 08/08/18

NAME of APPLICANT : MD. MUKHTAR ANSARI

AGE-YEARS 63 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KHAJAH MAUDDIN ANSARI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: কলম্বুর রোডের পাশ  
NEW BASTI LICHOBAGAN, HAORA CORPORATION,  
DANESH SK. LANE, HAORA, PIN 700 103, \*  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 1234 5TH AVENUE

RE ABOVE



**OCCUPATION:**

三

## UNEMPLOYED

**TOTAL ANNUAL INCOME:**

कृत चार्दिक शर्मा

卷之三

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable)

Yan / Nee

(Attach Proof of Income)

(अमृता वल्लभ राजपात्र)

FAMILY DETAILS - घरियां विवरण				
Sr. No. खाता संख्या	Name of Family Member घरियां के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
१.	M.D. MUKUTIKA PANSARI	63	M	SELF
२.	SAZMA KHATUN	26	F	WIFE
३.	RAJA PANSARI	24	M	SON
४.	KANTI KHATUN	31	F	DAUGHTER
५.	SALIDA KHATUN	28		

**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 अन्य कार्ड सहित
प्रीवी टेक्स को दीये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ दीये संलग्न करें)	अस्ट एवं एस प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ दीये संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की साथ दीये संलग्न करें)	

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

Sl. No. अमंत्र	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई प्रतिवेदन सूची अंतर्गत
1	<b>DIAGNOSIS-CATARACT- LE</b>
2.	<b>SURGERY- LE (SICSTOMOL)</b>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
अन्य स्रोतों से एक ही उद्देश्य के लिए वित्तीय सहायता प्राप्त की जा रही है?

Sr. No. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सीधी सहायता प्राप्ति

**DECLARATION by APPLICANT: 30006 211 9000 100**

- 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 ये पात्र कानून के लिए यह प्रकाश में दिये गये सभी विवरण ऐसे बताती हैं कि अनुग्रह सत्य एवं योग्य है। यदि कोई विवरण ऐसा बताया जाता है तो मैं उसका बोल नहीं दूँ।  
 2) मैं इस के समर्थन के "कार्यक्रम कानूनकार्य", में नहीं जा रही हूँ, अब तक उसकी ओर उपरोक्त को दृष्टि के लिए विचार करवा रही हूँ, जो इस प्रकाश में योग्य नहीं है।  
 3) मैं योग्य कानून के लिए विवरण दिये गए विवरणों को नहीं, जो किसी विवरण का अनुग्रह करने के लिए उपयोग किया जाए।

AGREEMENT by APPLICANT (initials or name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Kosheka 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 donation, Kosheka Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kosheka 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.



**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION**

प्रतीक वे गान्धी या शंखो का लिए



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL'S SIGNATURE)

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 the matter.

- 1) यह कि क से कोरिट और क ही भवित्व में विविध सामग्री बिकती है। साकारी संस्थान या विद्युत अन्य संस्थान से उच्च सेटपैमेंट्स में लौट कर होते हैं, जैसे कि इसके "बॉलिवुड पाइपलाइन" में विविध विविध उच्च वंश संस्थान में "बॉलिवुड पाइपलाइन" द्वारा प्रदान होता है। यह "बॉलिवुड पाइपलाइन" द्वारा सामग्री विविध विविध संस्थान से उच्च संपूर्ण योगीय विकास होता है। सामग्री अन्य या साकारी संस्थान या विद्युत अन्य संस्थान से उच्च संस्थान से का अंतर्वाक्ता सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण वंश संस्थान में स्पष्ट बद्ध जाता है कि अभ्यास उद्दीपन वर्त उच्च एंट्री-प्राप्ति होती है जिसकी विकास विकास में अधीक्षित होती है।

2. "कांसिका चाराघासा" में ती वर्ग समाज के बीच विविध प्रदूषण होते हैं। ये ती या इनमें द्वारा ती वर्ग समाज के विविध वर्गों वालों का वर्णन किया गया उपचाराद्विकाप का युक्ति योगी एवं इनमें वर्ग समाज के बीच विविध हैं और "कांसिका चाराघासा" द्वारा विविध द्वारा वर्णन की गयी है। इनमें समाज में द्वारा ती वर्ग समाज के बीच विविध वर्गों को दर्शाया गया और ज्ञान को द्वारा विविध द्वारा ती वर्ग समाज को दर्शाया गया और "कांसिका" को दर्शाया गया जो विविध द्वारा ती वर्ग समाज में दर्शाया गया।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्कृति (स्वीकृत/निमित्त का विवरण लगायें)		ACCEPTANCE मन्त्र	REJECTION निर्वाचन
Date of Surgery बीमारी की तिथि  08/08/18	<p><b>Dr. K. Ghosh</b> MBBS, DO, DNB, FRCS Reg. No. 50971 Surya Eye Bank &amp; Research Centre (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) गुरुग्राम का नाम व इमारत का नंबर, ग.</p>	 <i>Shankar Singh Choudhary</i> <i>Director</i> <i>Surya Eye Bank &amp; Research Centre</i>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>नाम व पद इमारत कीवित अधिकारी</p>

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION कोशिका फाउंडेशन के लिए अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग

SANCTIONED निम्नांकित	REJECTED निम्नांकृत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 निम्नांकित ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 निम्नांकित ।
			