

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K10918/1240

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/09/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

AH MUKID SHEKH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

31

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

SAHAJADDIN SHEKH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BHABLA DIGHIR PARAK, PASCHIMANCHAL  
NEWRA PASCHIMA, WARD NO-18, PASCHIM  
NORTH 24 PARGANAS 743922, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आय संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | AH MUKID SHEKH                                    | 31                         | M              | SELF                                            |
| 2.                     | MOTIYARA BIBI                                     | 24                         | F              | WIFE                                            |
| 3.                     | SALIM SHEKH                                       | 47                         | M              | SON                                             |
| 4.                     | MANU SHEKH                                        | 25                         | M              | SON                                             |
| 5.                     | NARGIS BIBI                                       | 27                         | F              | DAUGHTER                                        |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रूवी संलग्न |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS- CATARACT- LE                                                                        |
| 2.                     | SURGERY- LE (SICOP+101)                                                                        |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

- 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 यथापथ करता हूँ कि इस प्रश्न 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 यथापथ करता हूँ कि "कशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मुझे मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पथ पाया है।
- 3) मैं यथापथ करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा गया है, उस राशि या व्यय का समस्त निराकरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न हो सकेगा और न ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ)**

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इसाधार या अंगूठे को छाप साधकर, मैं (आवेदक) अपनी सन्धति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यायो, रत्न, पापकथा दूसरे उद्देशों से जुड़ी गतिविधियों और वित्तियनों के लिए किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के सहित या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देशों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रत्येक उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

આપેદાશ બે હજારાઘર પા ઈંગ્લેંડના નિવાસી



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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.

इससे अधिकतर इस्तेमाली भी और से सम्बन्धितों को "बोशिका काइन्डेशन" से विधिप सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमेशा) विन्य प्रकार से धन्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसद और न ही परिषद में विधि सहायक किसी भी सरकारों संसद या किसी अन्य स्तरों से उक्त ऐंग्रेज/मराठों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "बौद्धिक फाउन्डेशन" में सिपतिरिचिपति उक्त के सम्बन्ध में "बौद्धिक फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "बौद्धिक फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विधि अयोग्य/समस्त हेतु समुदाय की किन्तु ज्ञात है तो मान्यता किन्हीं अन्य भी सरकारों संसद या किसी अन्य समन्वयन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि मान्यता द्वितीय मरद उक्त ऐंग्रेज/मराठों हेतु किसी भी सरकारों संसद या किसी अन्य स्तरों से नहीं लेना/लेने।
2. "बौद्धिक फाउन्डेशन" से ही यह सहायक संसद विधि प्रकृति की है। ऐंग्रेज पर इस्तेमाल द्वारा ही यह सहायक या किन्हीं नये उपज/प्रक्रिया का चुनाव ऐंग्रेज एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "बौद्धिक फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसविषे इस्तेमाल में ऐंग्रेज को इस्तेमाल सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंग्रेज एवं इस्तेमाल को ऐंग्रेज और "बौद्धिक" की कोई प्रक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वोक्तौ चो द्विष संस्तुति

|                                                            |                                                                                                                                                      |                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन का तारीख</p> <p>08/09/18</p> | <p>Dr. A. Kundu<br/>MBBS, MS<br/>Reg. No.-55127</p> <p>Susrut Eye Hospital &amp; Research Centre (Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व इलाका व पद लिखें</p> | <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory<br/>on behalf of Hospital)</p> <p>नाम व पद इसका अधिकृत अधिकारी</p> |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु

|                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>व्यसो हस्ताक्षर 1                                         | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>व्यसो हस्ताक्षर 2                                           |
|  |  |