

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No.: K/1218/1692		APPLICATION DATE: 3/12/18			
NAME of APPLICANT: AYUB NABI MIRDHA		AGE-YEARS 70	SEX M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AJIJ MIRDHA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: CHAKLA, NORTH 24 PARGANAS, 743424, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)			
PAN No. XXXXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS (पारिवारिक विवरण)					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	AYUB NABI MIRDHA	70	M	SELF	
2.	MAJIBANDU BISUI	69	F	WIFE	
3.	MASKURA BISUI	45	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:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
1. TRABAGNUS - CATARACT - RE					
2. SURGERY - RE (Cataract)					
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED	

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण रूप से सत्य नहीं माना जाय तो मैं यहाँ पर सत्यता निरास भी न बतानी हूँ।
- 2) मैं इस बात को गारंटी दूँगी कि "कौशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उक्त प्रश्न में दिये गये उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि भविष्य में इस राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सकेगा है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (below the line)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-upreproduce 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) मैं (आलेख) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन नंबर और निवास को बिना आपकी अनुमति के उपयोग के उद्देश्यों के प्रयोग में नहीं लाया जाएगा। आपकी अनुमति के बिना, आपका नाम, पता, फ़ोन नंबर और निवास को बिना आपकी अनुमति के उपयोग के उद्देश्यों के प्रयोग में नहीं लाया जाएगा। इस दस्तावेज़ में "आलेख" शब्द इसका अर्थ है कि मेरा नाम, पता, फ़ोन नंबर और निवास को बिना आपकी अनुमति के उपयोग के उद्देश्यों के प्रयोग में नहीं लाया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

under the same no limit on time



AGREEMENT by HOSPITAL (स्वास्थ्य संस्थान द्वारा स्वीकृति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hosodai) hereby affirm & accept following:

- 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.

हमारे जीवनकाल हमारे भीतर की ओर से आनेवाले की "बोडिंग पायमैन्ट" से मिलित प्रकाश है। निपटारा की जाती है, जिसे हम (इन्फ्रालाइट) मिल प्रकाश से मान्य व उल्लेख करते हैं।

- 1) यह कि न तो साक्षर और न ही अक्षर में विद्वान् समझता किसी कि सामग्री संभवतः या किसी अन्य उद्देश्य से उसका उपयोग करने में तैयार हो सके है, बल्कि कि इनसे "बौद्धिक सम्पदा" में निष्पत्ती/निष्पत्ति तथा के समर्थन में "बौद्धिक सम्पदा" प्राप्त करने हेतु है। यदि "बौद्धिक सम्पदा" प्राप्त करने के लिए बौद्धिक/वैज्ञानिक हेतु समुदाय को किंचित ज्ञान है तो आवश्यक किसी ज्ञान कि सामग्री संभवतः या किसी अन्य सम्पदा के समर्थन से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट बात यही है कि आवश्यक दिष्टि प्राप्त तथा उपयोग करने हेतु किसी कि सामग्री संभवतः या किसी अन्य सम्पदा के तैयार/संभवतः।

2. "बौद्धिक संपदा" से तो यह ज्ञान का अर्थ निकल आता है। लेकिन यह ज्ञान ही है जो कि हमें अपने जीवन में उपयोग करने के लिए चाहिए। इसीलिए हमें अपने जीवन में ज्ञान को बढ़ावा देने के लिए प्रयास करना चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इन्दीवरी के लिए संरक्षित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/2/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of Doctor & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. और प्र. 31/2/18	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. स. झ. बगचि 31/2/18
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ॐ श्री गणेशाय नमः

SIGNATURE of TRUSTEE 1 साथी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 साथी हस्ताक्षर 2
	