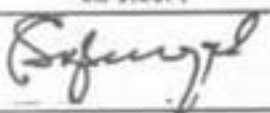


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life.	
APPLICATION No.: K/0119 / 0322		APPLICATION DATE: 07-01-2019			
NAME of APPLICANT: SAFARZAN MESTRI		AGE-YEARS 31 वर्ष		SEX लिंग R	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: FAYZADDE MESTRI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पत्ता MASJID BHAI UTTARPADA, BESAME SOUTH 24 - PARGANAS WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पत्ता <u>N/A ABOVE</u>					
OCCUPATION : HOME MAKER				MARRIED (विधिवित) / UNMARRIED (अविधिवित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : TRL				(Attach Proof of Income) (आप का सक्षम संलग्न)	
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो मान्य हो उस पर तिक चिह्न 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 से क्या संबंध	
1.	SAFARZAN MESTRI	31	F	SELF	
2.	FARZUL MESTRI	38	M	SON	
3.	FOUJAT MESTRE	36	M	SON	
4.	SOHAGPURJA PURKHANI	33	F	DAUGHTER	
5.	ARJEEN MESTRI	30	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किन्हीं आधारों में से एक या अधिक चुनें।					
BPL Card (Attach Card Copy) पोली रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आएन एच सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्यः					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट्स/डॉक्टर से जारी की गई उपनिवेश सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT LE				
2.	SURGERY - LE (SLC'S + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिपा गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है: 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही 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 इस से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पदार्थित है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समतल किसी किसी अन्य प्रोव्हाइडर/कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन) 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/post-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 प्रकरण का आवेदक इच्छा करता है कि इस प्रकरण में, मैं (आवेदक) अपनी छाप/चुम्बक की छाप लगाऊँगा और "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, फाउंडेशन द्वारा उद्देश्य से मुझे वित्तियार्थी और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो सके बिना करने के लिए अधिकृत है। मैं इस प्रकरण का विवरण मेरे इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यारी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टरों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं तलुआ का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन) 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. इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की और से परामर्शदाता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से लाभ न स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों से लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उक्त से सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अन्य कानून की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए अनुमति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 07-01-2019	Dr. Anil Kumar MBBS, MS, Ph.D., FRCS (Ed), FRCS (S), FRCS (G), FRCS (O), FRCS (P) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इच्छा न एन. न.
Shri Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम न न हस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 