

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)



APPLICATION No.: K/0119/2307

APPLICATION DATE: 09/01/19

NAME of APPLICANT: HACHINA BIBI

AGE-YEARS: 64 SEX: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: AZIBOR GAZI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KASHI NAGAR, WEST BENGAL



PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)

PAN No. (आपका पास है)

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

Yes / No

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.	HACHINA BIBI	64	F	SELF
2.	AZIBOR GAZI	45	M	HUSBAND
3.	KABER GAZI	45	M	SON
4.	HAFIZUL GAZI	44	M	SON
5.	GEARUL GAZI	42	M	SON
6.	ABEZUL GAZI	40	M	SON
7.	SAMUL GAZI	35	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित कारण:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त गयी 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: **अवेक दु मेवत वः**

- 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 कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी दूँगा कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि का उपयोग या कबल किसी अन्य प्रायोजक/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही किसी से लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (please print name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to 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 प्रश्न का उत्तर इसप्रकार या अंशों की सहायता, मैं (आलेख) अपनी सहायता को प्रदान करता हूँ एवं "कोशिका प्रारंभिकता और उसके ग्लोबल" को अधिपूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विभाग इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कोशिका" एम्प्लू ग्लोबल, रण, बायोकम एम्प्लू इन्टरनेट से जुड़ी एडिजिटल और एप्लिकेटिव को होने किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाश करने को हित् अधिपूत है। मैं प्रश्न का विभाग मेरे इसलभ के पक्षों या रूप से करने को हित् "कोशिका प्रारंभिकता" व ग्लोबल अधिपूत है।
- 2) मैं (आलेख) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विभाग को कि सहायता को इन्टरनेट से प्रकाश है मुझे पता: सहायता का इन्टरनेट नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू उसके ग्लोबल का निर्णय अधिपूत और बायोकमारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

સાલેમક બે ફાલ્ગુણ પા અંગેલે આ વિગત



AGREEMENT by HOSPITAL (醫院同意書)

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.

इससे अतिरिक्त, इलाहाबाद की ओर से गायनरंगपुरी को "कोशिका जगन्मोक्ष" से विभिन्न राजपूतों से मिली है, जिसे इन (इलाहाबाद) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिकांश और न ही अधिकांश में विहित साक्ष्य किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त टेलीग्रामों में लेने या ले रहे हैं, बल्कि इनमें "कोलिका फाउन्डेशन" से शिफ्टिंग/विनिमय उक्त के साक्ष्य में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा गहरा हेतु है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य विनिमय कोलिका/फाउन्डेशन हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो अप्रत्याशित किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साक्ष्य से साक्ष्य लेने का अधिकांश सुनिश्चित करता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अप्रत्याशित टिप्पणी गहरा उक्त टेलीग्रामों हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साक्ष्य से नहीं लेपा/लेते।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से ली गई साक्ष्य केवल विहित प्रकृति की है। ऐसी या अप्रत्याशित द्वारा दी गई साक्ष्य या किने गये उपकरण/प्रतिभा का प्रत्यक्ष टेली एवं अप्रत्याशित के बीच का विषय है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये अप्रत्याशित में ऐसी कोई प्रभाव सुझा और जाने जाने की सारी विनियमों टेली एवं अप्रत्याशित की होती और "कोलिका" को कोई प्रभाव या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकार्य के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09.01.2019	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, Ph.D (Dermatology) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर आलोक अग्रवाल एम.बी.बी.एस.	Anshib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) अंशु संकर बैगची
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रधर 2
	