

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/0519/0152		APPLICATION DATE: 01/05/19			
NAME of APPLICANT: AKBAR DAJI		AGE-YEARS: 68		SEX: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAHAJAD DAJI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: HARSHAPUR CHAUKA ROAD, MUKH THERA, ICHHAMATI, WEST BENGAL, NORTH 24 PARGANAS 743411, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: UNEMPLOYED				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 12000 x 12 = 20400/-				(Attach Proof of Income)	
PAN No. & Income Tax Assessee (Tick whichever is applicable):					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	AKBAR DAJI	60	M	SELF	
2.	SUSILA DAJI	56	F	WIFE	
3.	KANIKA DAJI	32	F	DAUGHTER	
4.	PRATIMA DAJI	23	F	DAUGHTER	
5.	HAJMAT DAJI	25	M	SON	
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		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
1. DIAGNOSES - CATARACT - LE					
2. SURGERY - LE (SLCS + IOL)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
1.		NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

DECLARATION by APPLICANT: अभिनेता हनुमंत सोबनराव चव्हाण

- 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 कतल हूँ कि इस प्रत्यक्ष 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) मेरे द्वारा जो सहायता दृष्टि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रत्यक्ष में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं प्रार्थन कर रहा हूँ, उस राशि का अंशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (স্বাক্ষরকৃত প্রাপ্তি)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर ज्ञाने इच्छाया या अज्ञेते को छाप लगाकर, मैं (अलेक्जेंडर) अपनी साक्षी को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉन्सिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कॉन्सिका" एवम् न्यासी, घर, साक्ष्यता इसी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिभूत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के पक्षों या बाद में करने के लिए "कॉन्सिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (अलेक्जेंडर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं बढाता। इस सम्बंध में "कॉन्सिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अध्यक्ष के सम्मुख यह अंग्रेजी का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (병원장 또는 대표)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अतिरिक्त, इसकाटो को और से लपटारे/पोंगी को "कॉलिका फाउन्डेशन" से विधिवे साहाय्य हेतु लिखनेवा को जाती है, जिसे हम (इम्पाजल) निम्न प्रकार से नाम व स्पष्टीकरण करते हैं।

- 1) यह कि न तो संरक्षण और न ही सौंपिय में वित्तिप सहायता किसी गैर सरकारी संग्ठन या किसी अन्य स्त्रोत से उक्ता टेंगी/मामले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिस्फिलियसिबिलि उक्ता के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्त अवरिक/भक्तल हेतु मन्दुर ली किया जाता है तो आपत्तल किसी अन्य गैर सरकारी संग्ठन या किसी अन्य समर्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अप्प्रजल द्वितीय मदद उक्ता टेंगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संग्ठन या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गये सामग्री संश्लेषण प्रक्रिया की है। ऐसी या सम्बन्धित इस से गये सामग्री या किये गये उपचार/प्रक्रिया का ध्यान ऐसी एवं सम्बन्धित में ध्यान का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये सम्बन्धित में ऐसी के प्रत्यक्ष सुझा और जाने जाने की खरी बिम्बेदारी ऐसी एवं सम्बन्धित की ऐसी और "कोशिका" की कोई धनिका या बिम्बेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

क्या कहती हैं कि संसदीय व्यवस्था

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 03/05/19	Dr. Anuradha Chandra MBBS, MS, FAICO Reg. No. 10192 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील	Shri. Anur Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद सम्पात अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलमधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलमधर 2
	