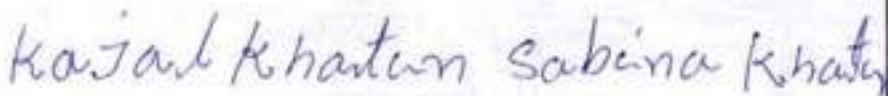
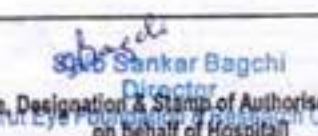
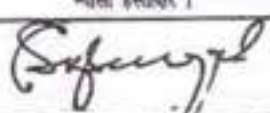


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0519/0170		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 02/05/19			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Sabina (Kajal) Khatun		AGE-YEARS आयु-वर्ष 23	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम M. K. Liddin Molla		PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता MURDHA TALA, KHALISHABDI, HARDAH 24 PPS (RE) 743425, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above					
OCCUPATION : व्यवसाय House wife.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय Rs 2000/- 12 = 24000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थाई खाता संख्या		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)		Yes / No हाँ / नहीं	
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 सम्बंध	
1.	Sabina (Kajal) Khatun	23	F	Self	
2.	Majibul Molla	24	M	Free band	
3.	Nafisul Parveen	1	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	Diagnosis - RE - Retinal Detachment SP - Oil filled RE.				
2.	Treatment - SOR + MP + RR + EL + LA (RE).				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र: 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है। 2) मेरी द्वारा जो सहायता एपि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह ज़रूरत की गई है, उस एपि का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीया।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 fulfilment 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एपि न्यासीयों, चान, कचक्रक टूल उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी द्वारा जो सहायता मेरी इलाज के खर्च या खर्च के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसे मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है जुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एपि उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और माध्यमकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार) 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आप/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सफल हेतु बनुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय पदर उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने को सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 02/05/19	 Dr. A. Majhi MBBS, DNB, FRCO (UK) (Name of Dr. & Reg. No. & Stamp) 56625 Sushil Kumar Singh Centre
 Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 