

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K10G19/0510	APPLICATION DATE: दस्तावेज की तिथि:	18/06/19	
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम:	MAJED GAZI	AGE-YEARS वय-वर्ष:	65	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	MADAR GAZI	SEX लिंग:	m	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बासिन अवासीय पत्ता PART NO 158, CHAITAL, NERIA 24 PARGANAS WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीय पत्ता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: प्रबंधन	UNEMPLOYED	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का स्वयं संतुष्ट)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	RS 1700 X 12 = 20400/-			
PAN No. स्ट्रोड संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता है (जो मान हो उस पर ग्राही का निश्चय लायें)		Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS सम्पर्क 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.	MAJED GAZI	65	m	SELF
2.	BADMIM BEGUM	60	f	WIFE
3.	SIBBED GAZI	20	m	SON
4.	HALIMA BEGUM	37	f	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित उद्देश्य				
BPL Card (Attach Card Copy) गर्भवती रेखा के नीचे इमान एवं (इमान एवं की जाव इति संतुष्ट करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्थ आय चर्चा इमान एवं (इमान एवं की जाव इति संतुष्ट करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (इमान एवं की जाव इति संतुष्ट करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/टीकाकर से लाए की गई आवेदन सूची संतुष्ट			
1.	DIAGNOSIS - CATA RAST - RE			
2.	SURGERY - RE (SICS - 10L)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्तो गई सहायता राशि		

**DECLARATION by APPLICANT:** अर्थात् द्वापर्य करना पर:

- 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 दर्शक करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य रखे रही हैं। यदि कोई विवरण एवं काम असत्य रख जाता है तो मेरी सहायता विधि की वज्र लगती है।
- 2) मैं द्वापर्य करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", ये टीज़ वा घोटी है, उसका उपयोग उम्री बढ़ोत्तरी के लिये विषय कानून, वो इस आखरी में था यह था।
- 3) मैं पुराने काल से इस विवरण में दिये गए विवरण को यथा हूँ। उस दर्शक का अधिकार या सकल विवरण किसी अन्य भौतिकीय कानूनी से न तो लिया है और न वह विवरण में दर्शाया गया है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् द्वापर्य करना)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्यक्ष पर अपने इस्तेश्वर या अधिकारी की द्वारा लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी सहायता को पुराने काल से इस "कोशिका फाउंडेशन" और उसके नवीनीयों को अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में दर्शित हैं, उसे "कोशिका" एवं नवीनीयों, दाता, यात्राकारी या उद्दीपक वृक्षों द्वारा वितरित और उपलब्धिकारी के लिये विद्युत वितरण में उपलब्ध होने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण में इसका एवं पहली या बाद में काम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा नवीनीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उपलब्ध कराने के लिये दर्शाये गये हैं उन्हें सब या उक्त काम की वजह से इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नवीनीयों का वितरण अधिकृत और वापरकारी होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्थात् को इस्तेश्वर या अधिकारी का विवरण



**AGREEMENT by HOSPITAL (इस्तेश्वर द्वापर्य करना)**

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:

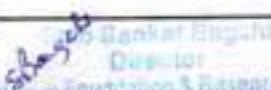
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी अधिकृत, इस्तेश्वरी की ओर से दर्शाये गये "कोशिका फाउंडेशन" में वितरण सहायता हेतु विधिवत की जाती है, जिसे हम (इस्तेश्वर) निम्न उक्त से व्यवस्था रखते हैं।

- 1) यह कि न हो चलान और न हो विविध वितरण सहायता किसी भी दाता कार्यालय संस्थान या किसी अन्य संस्थान से इसके ठेगी-वालोंमें से से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वितरित/विनियोगी उक्त को सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदर हेतु किया जाता है तो अपनात्म किसी अन्य गैर यात्रकारी संस्था या किसी अन्य समाजान से सहायता ले रहे या अधिकारी मुरीदा रखते हैं। इस पुराने में लक्ष्य करता है कि अपनात्म द्वितीय मदर उक्त उपर्याप्त हेतु किसी गैर यात्रकारी संस्था या किसी अन्य साधन से ले रही संगठनोंमें।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता कोनता विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इसका द्वारा गैर यात्रा का विवरण नहीं है। प्रारंभिक इसका में ऐसी को इसका मूला और अपने जाने की सही विम्बेही ऐसी एवं इसका की होगी और "कोशिका" को कोई खुशिया या विम्बेही इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

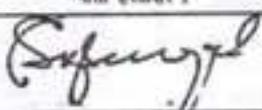
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

Dr. K. G. Patel को दिए गए संक्षेप

Date of Surgery अंगोत्तरी की तारीख <b>18/06/19</b>	Mashru, D.O.B. No. PRG03 Reg. No. 50571 Smt. Eye Foundation, Ahmedabad, Gujarat (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाता का नाम व इस्तेश्वर व राजि. न.	 Banker Branch Date - 10/06/2019 Smt. Eye Foundation Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोध उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नवीनीय इस्तेश्वर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नवीनीय इस्तेश्वर 2

