

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : K/0919/1568	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 5/9/19			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : CHHABURA BIBI	AGE-YEARS वय-वर्ष : 59	SEX लिंग : F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम : CHURAT				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान आवासीय पता DAKSHIN HINGALGANJ, KALUPUR, NORTH 24 PARGANAS 743435, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: उपचारक अपनी काम का नाम : HOME MAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं) (Attach Proof of Income) (आप का मासिक सालाह)			
TOTAL ANNUAL INCOME: वार्षिक कुल आय : कुल आयिक आय : RS 1400 X 12 = 20,000/-				
PAN No. स्थाई संख्या संख्या : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर दाता हैं (जो मासिक हो उम्र पर मही का निशान साधारण)	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 सम्बन्ध
1.	CHHABURA BIBI	59	F	SELF
2.	RINA KHATUN	36	F	DAUGHTER
3.	SABINA KHATUN	33	F	DAUGHTER
4.	SABANA BIBI	31	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिन्हित क्षमता				
BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति भी संलग्न हो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्व अय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति भी संलग्न हो)	Ration Card (Attach Copy) उत्तमोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की जाति भी संलग्न हो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सम्बन्ध	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये चिन्ही का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हासिल से चारों की गई आवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (SECS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए 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 AWAILED स्थी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करते हुए

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 अपना काला हूँ कि इस प्राच ने मिये जाए तो विवरण योगी जलसागर के अमृतामाला साथ रख देता है। यह काल विवरण ऐसे कल्पना अवस्था बनाता है जो एक जलसागर का अस्तित्व है।
 - 2) ये द्वारा वे उदाहरण प्राप्ति "जलसागर काल-दीर्घन", में भी यह देखा है, उसका प्रयोग उड़ी दीर्घन की भूमि के लिये किया जायेग, और इस प्राच ने भरा करता है।
 - 3) मैं दूरी करता हूँ कि बिना ताजापान देता यह प्राचिक की गई है, उस दृष्टि का अधिकार यह विवरण कियो जब धौरनियोवेष्टकालीन काली हो जो न तो लिया है और न दी विवरण में दूरा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हदातक द्वारा काढत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koashika Foundation and it's Trustees to use/publish/set-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 Koashika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koashika 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 "purposed", for which such assistance is required/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 प्रयत्न से सर्वनाम इकाई का अंगठी की छात लगाया, नै (अद्वितीय) अपनी लहरीयी की दुर्दृष्टि कला है एवं "कांडिका फार्मेटेशन और उसके न्यासों" की अधिकृत कला है कि ये प्रथा प्रवाह, प्रवृत्ति और वे विवरण इस प्रयत्न में खोलिया है, जो "कांडिका" एवं न्यास, दान, वाक्याद्य एवं उन्हें उत्तरण से जुड़ी पर्यावरणियाँ द्वारा उत्पन्न की गयी छिपी भी प्रसार सम्बन्ध में सम्बन्धित करते हैं तिन भवितव्य हैं: ये प्रयत्न का विवरण भी इनके के पहले या बाद ये करते हैं तिन "कांडिका फार्मेटेशन" व न्यासों अधिकृत है।

2) ऐ (अलोक) इस बात से सहमत हूं कि ये ही नाम, पाता, घोटा और विवाह जैसे कि सामग्री के उत्तरार्थों पर प्रतिष्ठित है जुहे चक्र: सहमत या इकठ्ठा जौह भवता। इस सम्बन्ध में “प्रतिष्ठित” एवं उसके अन्तर्गत वार्ताएँ अलौकिक और वास्तविक होती हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

અને એવા કાર્યાલય



AGREEMENT by HOSPITAL (અમલ દ્વારા સહી)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we herewith 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अधिकांश इसलिए ही की जीवंत स्थानों में यह वार्षिक "पात्रन्देश" से लिपि संरक्षण होता है, जिसे इन (एकलता) विन प्रकार से बनाव व संरक्षण करते हैं।

1) यह कि वे ही पर्याप्त अंडा व ही भविष्य में विकल्प सामग्री किसी गैर साकारी सम्बन्ध या विद्युतीय अन्य उपकरण से बदल देने वाले में से एक है, जोसे कि हमने "कॉर्टिकल फाइबर्सेशन" से विकल्पीकृत विकल्प उपकरण के सम्बन्ध में "कॉर्टिकल फाइबर्सेशन" इष्ट प्रभाव है तथा कि है। अंडे "फॉरेंटियल फाइबर्सेशन" इष्ट प्रभाव विचार अंडीकृत/सामग्री द्वारा प्रदूषित नहीं विचार करता है तो सम्बन्ध किसी अन्य गैर साकारी संसाधन के विकल्प अन्य सम्बन्धन से सामान्यता होने का अधिकारा गुणीकृत साधन है। इस पूर्ण वे स्वतंत्र काम करता है कि अस्पताल डिजिटल प्रदर्शन उपकरण से एक ही संचालन करता है।

2. "कोटिल फाइनेंस" से सी र्स प्राइवेट एफेस वित्तीय बैंकी थी है। ऐसी यह हमारा द्वारा दी गई वरपाए़प्रिकाना का खुलाम रही है एवं हमारा को योग्य वा विषय है और "कोटिल फाइनेंस" द्वारा वित्तीय बैंक का कोई रखाया गयी है। हमारी हमारा दी गई कोटि रुपया और आपको कोटि की राहि विनेंद्री दी द्वारा हमारा दी गई रुपया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीपयारी के सिए चौकापि

Date of Surgery

Dr. Alok Agarwal
M.B.B.S., M.S., Ph.D.(EY), F.R.C.S., F.R.S.N.E.C.
Regd.

Chintan Begchi
Chair Director
The Foundation & Research Centre
**(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)**
नव ए ए स्टेन्डर्ड अपार्क अपार्क

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्रिक्ष उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नियन्त्रकी दस्तावेज़ ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इस्तेहर 2

Sergey

Eric