

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता देत् आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 14/0019/1562

APPLICATION DATE: 3/9/19
आवेदन तिथि:

NAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम MD OMRAJI SAHAJJI

AGE-YEARS आयु-वर्ष 65
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कपुत का नाम MD KAMALUDDIN SAHAJJI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय स्थान
HINDOLGANJ - PATHERDABBI UTTARPARA, NORTH
26 PARAGANDI 744435, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय स्थान

- AS ABOVE -

OCCUPATION: UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 X 12 = 22800/-

(Attach Proof of Income)
(आप का सास्कृत संतुलन)

PAN No. स्थान संख्या

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

Yes / No

क्या आप आप कर रहे हैं (जो मात्र हो उस पर सही का निशान लगायें।

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	MD OMRAJI SAHAJJI	65	M	SELF
2.	SAKELA BIRJI	55	F	WIFE
3.	BABU SAWAJJI	35	M	SON
4.	AFENA BIRJI	33	F	DAUGHTER
5.	NOYNA BIRJI	30	F	DAUGHTER
6.	RABIUL SAHAJJI	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरित आधार

EPL Card (Attach Card Copy) गवर्नरी रेल के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाय छोड़ संतुलन करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अम्भ अपवास पत्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाय छोड़ संतुलन करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपचारकारी कार्ड (प्रमाण पत्र की जाय छोड़ संतुलन करें।)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई संतुलन

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरी का उल्लेख:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/विकार से आई की गई प्राइवेट सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-LR
2.	SURGERY - LECES + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्दीर्ण के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता रही

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषित करता है:

- 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.
- 4) मैं घोषित करता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण ऐसी बाबतों के समूह समेत हैं जो कि विवरण एवं काम अन्तर्दृष्ट नहीं हैं। वह आवेदक द्वारा दिया गया है। उसका उपर्युक्त नमूने दर्शाये गए हैं। इस प्राप्ति में यह गया है।
- 5) मैं इस समाज की "कोशिका पाइ-डेवलपमेंट", से भी यह चीज़ है, उसका उपर्युक्त नमूने दर्शाये गए हैं, जो इस प्राप्ति में यह गया है।
- 6) मैं यूंदि करता हूं कि विवरण द्वारा दिया गया की चीज़ है, उस परीक्षा का नियमित एवं बाबत विस्तृत किये जाने घोषितयोन्नतियों का लाभ होता है एवं वह गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता है)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्राप्ति का अन्तर्निहाय रूप अंगते को जान सकता, गैर (अवैधक) अल्पता सहजाती ही पुरुष करता है एवं "कोशिका पाइ-डेवलपमेंट" को अधिकृत करता हूं कि ये गया नाम, पता, अंगते और ये विवरण इस प्राप्ति में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवं नाम, नाम समाज द्वारा दूर्लभ एवं युक्ति विद्यमानों द्वारा तपातीत्यर्थ के लिये कियो गये प्राप्ति या समाज में प्राप्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण ये गये नाम, पता, अंगते और विवरण जो कि सामाजिक वर्गों में घोषित है पुरुष करता है कानून या अधिकृत नाम समाज में घोषित है।

2) मैं (अवैधक) इस प्राप्ति के लिये याम, पता, अंगते और विवरण जो कि सामाजिक वर्गों में घोषित है पुरुष करता है कानून या अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के सामाजिक वर्ग में घोषित अंगते का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पित द्वारा करता है)

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.

इसको अधिकृत, अस्पतालीय भी और सेवानिवारी की "कोशिका पाइ-डेवलपमेंट" से विवरण द्वारा दूर्लभ घोषित होती है, जिसे हम (हास्पित) नियम प्रकार से याम या संकेत करते हैं।

1) यह कि वह लोगों द्वारा या न हो अधिकृत में विवरण सामाजिक वर्गों में घोषित अन्य रूपों से उक्त दैवीयवातों में सौने या सो रहे हैं, ये वह कि हमने "कोशिका पाइ-डेवलपमेंट" से विवरण द्वारा दूर्लभ घोषित उक्त दैवीयवातों में "कोशिका पाइ-डेवलपमेंट" द्वारा याम दूर्लभ किया है। यह "कोशिका पाइ-डेवलपमेंट" द्वारा सामाजिक वर्गों में घोषित होती है एवं अन्य दैवीयवातों में घोषित होती है। यह अन्य दैवीयवातों में घोषित होती है। यह अन्य दैवीयवातों में घोषित होती है।

2. "कोशिका पाइ-डेवलपमेंट" से भी यह गया सामाजिक वर्गों में घोषित होती है। यह गया सामाजिक वर्गों में घोषित होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संकेत

Shubhankar Bagchi

Date of Surgery अंगत की तिथि	Dr. Atul MBBS, MS, PhD(E), MRCP, FRCR, FSNE Reg. No.-68068 (Name of DE & Regn. No. with Stamp) दाकादार का नाम या दाकादार का नाम	Chas Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हास्पित अधिकृत अधिकारी
---------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोध उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
--	--