

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : K/0717/0538		APPLICATION DATE : 11.07.17		
NAME of APPLICANT : PADMA SAHA		AGE-YEARS : 54	SEX : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SHAMBHU SAHA				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 12/1A, JORDA ASHWAATHAPALA LANE, BALLY, HOWRAH, 711001, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE				
OCCUPATION : COOK				
TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1200 x 12 = 14,400/-		(Attach Proof of Income)		
PAN No. : [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	PADMA SAHA	54	F	SELF
2.	SHAMBHU SAHA	67	M	HUSBAND
3.	SAHIB SAHA	30	M	SON
4.	SOMA SAHA	27	F	DAUGHTER
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:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- RE			
2.	SURGERY- RE (SKS + 101)			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED		

DECLARATION by APPLICANT: अहोरात्रिक सेवा

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य प्रत्यय सत्य सात है तो मेरी सहायता प्रदान की जा सकती है।
- 5) मैं इससे सहायता यदि "कौशलिक प्रशिक्षण", तो ही जा सकती है, प्रत्यय प्रत्यय सही घोषणा की पूर्ण के बिना किया जायेगा, जो इस प्रत्यय में सत्य सत्य है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या अन्यथा को नहीं है, इस सहायता को प्रत्यय प्रत्यय किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा प्रत्यय से या को प्रत्यय है और न ही प्रत्यय से प्रत्यय

AGREEMENT by APPLICANT (SEEING BUT NOT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/submit/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 स्वरूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस स्वरूप में प्रेषित करें, उसे "कोशिका" एकाग्र करने, प्राप्त, प्रकाशक या प्रसारण के द्वारा प्रसिद्धिपूर्वक और प्रसारित करने के द्वारा प्रसारण के प्रसारण करने के लिए अधिकृत हैं। वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मेरे उद्देश्य के प्रसारण के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व इसके अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से स्वीकार हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी उद्देश्य के प्रसारण के लिए प्रेषित करने का अधिकार नहीं है। इस संबंध में "कोशिका" एकाग्र करने के त्रुस्टी और प्रकाशक को अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

analogic se găsesc în sticlă sau în plastic

AGREEMENT by HOSPITAL: (DATE) (BY WH)

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 अधिवक्ता, इलाहाबादी को जेल से बाहरलेनेवाली को "कॉलेजिका पाठशाला" से विशेष सम्मान देते निवारण को जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से जानें व अधिकार करते हैं।

1. यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित प्रक्रिया किसी भी प्रकार की संशोधन या किसी अन्य स्वरूप के उस संवैधानिकता में होती या हो गई है, जैसी कि इनमें "संविधान प्रक्रिया" में विधानसभा/राज्य की संस्थाओं में "संविधान प्रक्रिया" द्वारा प्रारंभ होनी है। यदि "संविधान प्रक्रिया" द्वारा प्रक्रिया किसी अधिनियम/प्रस्ताव हो, प्रस्ताव नहीं किया जाता है जो संशोधन किसी अन्य भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य संस्थाओं के संस्थाओं से या अधिनियम प्रक्रिया प्रारंभ है। इस प्रक्रिया में स्पष्ट कहा जाता है कि संशोधन किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं प्रारंभ/होती।
2. "संविधान प्रक्रिया" में ही यह संस्थाओं के विहित प्रक्रिया की है। ऐसी या संस्थाओं द्वारा ही यह संस्था या किसी भी संस्था/प्रक्रिया का प्रस्ताव नहीं एवं संस्थाओं को भी या प्रस्ताव है और "संविधान प्रक्रिया" द्वारा किसी संस्था का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसमें संस्थाओं में होती या प्रस्ताव प्रस्ताव और अन्य जगह की सभी संस्थाओं/ऐसी एवं संस्थाओं की होती और "संविधान" को कोई प्रक्रिया या प्रक्रिया/ऐसी प्रस्तावों में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) अनुमति (अंगीकृत/निस्तर का निशान लगाये)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण		REJECTION नकार	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/08/17	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O., FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पदि नं.	Shub Sankar Bagchi Director Cornea Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी			
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनुरोध करने हेतु					
✓ SANCTIONED अनुमति	REJECTED नकार	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2	
					