

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0717/0617		APPLICATION DATE : 15.07.17 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : JANAKIDEVI DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 67	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : DURGA DAS पिता/पत्नी का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 116/1117 KESHAB CHANDRA SEN STREET, KOLKATA, WEST-BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION / व्यवसाय : UNEMPLOYED					
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)			
PAN No. आई पैन संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पत्र हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न 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 से संबंध	
1.	JANAKIDEVI DAS	67	M	SELF	
2.	MAHA DAS	60	F	WIFE	
3.	RAJA DAS	36	M	SON	
4.	HEMA DAS	33	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपरोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न लक्ष्य का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SICST 101)				
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED तो यह सहायता कितनी		

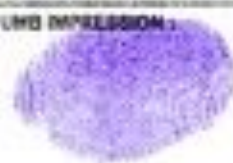
DECLARATION by APPLICANT: ज्ञातेक हुन घोषणा पा:

- 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 योपस्था करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउण्डेशन", से ले जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में बताया गया है।
- 3) मैं योपस्था करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (attach pp 10-11)

- 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/upload/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 प्रश्न का जवाब हमारा यह जवाब की क्या संख्या है, मैं (अर्शिका) जवाब जवाब की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोफाइल है, उसे "कोशिका" एकत्रित करे, पता, पता/पता द्वारा उपयोग में लाने और प्रसारित करे और उसी के माध्यम से मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण मैं इस प्रश्न में प्रोफाइल कर रहा हूँ उसे "कोशिका फाउंडेशन" व जवाब अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और विवरण को जो प्रश्न में प्रोफाइल है प्रसारित करे और उपयोग में लाने के अधिकार हैं। प्रश्न का जवाब नहीं करता। इस प्रश्न में "कोशिका" एकत्रित करे और प्रसारित करे और उपयोग में लाने के अधिकार हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____



AGREEMENT by HOSPITAL: (ENTER THE WORD)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kashiwa 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.

बच्चे, अधिकतर, हाथपाई की ओर से पालने-पोसे की "कॉलेक्टिव एक्सेलेंस" से जितना पालना लेते विचारित की जाती है, विते हुए (हस्तगत) रिशत प्रकार से पाप से लीकवा करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संयुक्ति (संयुक्त/निरास का निराल सलाम)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION सम्युक्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15.08.17	 Dr. Arindam Deb MS, D.O, FRCS Reg. No.-58090 Sriyat Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व सी. नं.	 Shibi Sankar Bagchi Director Sriyat Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग के लिये

 SANCTIONED सन्तुष्टि	REJECTED नकार	SIGNATURE of TRUSTEE 1 मन्त्री हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 मन्त्री हस्ताक्षर 2
			