

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No.: K/0717/0625 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 15.08.17 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: SHUDAMA DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 77	SEX लिंग F		
FATHER/SPOUSE'S NAME: RAM DAS पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता 166/H/35 KESHAB CHANDRA SEN STREET, KOLKATA, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय (आय का सफल प्रमाण)					
PAN No. यदि प्राप्त होना आप एक आय कर दाता हैं (यदि नहीं है तो इसे खाली छोड़ें)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप एक आय कर दाता हैं (यदि नहीं है तो इसे खाली छोड़ें)					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध	
1	SHUDAMA DAS	77	F	SELF	
2	PARSHAD DAS	54	M	SON	
3	MANAS DAS	51	M	SON	
4	PRAMITA DAS	48	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) नौसौ रुपये से नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने की प्रतीति					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शंस जो प्रतीति की प्रतिलिपि संलग्न करें				
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2	SURGERY - RE (SIC'S #101)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त है या नहीं?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED उसी उद्देश्य के हेतु	

DECLARATION by APPLICANT: **अभिज्ञान** एव प्रमाणित 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.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता एवम् "उद्देश्य" के रूप में बता रहा हूँ, जो कि मैंने इस प्रश्न में बताया है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस सहायता से या उसके अंश को नहीं, उस पूर्ण रकम को वापस करने के लिये किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (applicant: FTS 1001)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/replicate 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का उत्तर प्रत्याप्त या नहीं की बात समझें, मैं (अर्क्षक) अपनी सफलता की छवि काट हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में माँगा है, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, या, परभावपूर्ण पत्रों प्रसारण में मुझे संलग्नियों और सफलियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता में प्रयोजन करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण की प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्क्षक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्जन के प्रयोजन के लिए है मुझे प्राप्त: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अनुसंधान के माध्यम से ज्ञान के विकास



AGREEMENT by HOSPITAL: (XXXXXX 230 4000)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हाल में अधिकांश राजस्थानी की ओर से आन्दोलनों की "कोविड-19 महामारी" के कारण राजस्थानी की ओर से की गई है, जिसे हम (राजस्थानी) फिर प्रकाश में आने में सक्षम हो सकते हैं।

- 1) यह कि न तो यहिका और न ही यहिका में यहिका आधारित यहिका के आधारित आधार न किन्हीं अन्य आधार से इस ऐतिहासिक में होने या न होने है, जैसे कि इनके "भौतिक आधारभूत" से निष्कर्षित/निष्कर्षित इस के आधार में "भौतिक आधारभूत" इस बात से है कि यह "भौतिक आधारभूत" इस आधारित निहित अधिकाधिकार से प्राप्त नहीं किया गया है तो आधारित किन्हीं अन्य के आधारित आधार या किन्हीं अन्य आधारभूत के आधारित होने का अधिकार प्रमाणित करता है। इस दृष्टि में सच बात बता है कि आधारित इतिहास यह इस ऐतिहासिक से किन्हीं के आधारित आधार या किन्हीं अन्य आधार से नहीं लेता/लेती।
- 2) "भौतिक आधारभूत" से ही यह आधारित आधारित प्रमाणित की है। ऐसी या इसका इस से यह आधार या किन्हीं के आधारभूत/अधिकार का प्रमाण ऐसी यह इसका से ही का किन्हीं है और "भौतिक आधारभूत" इस किन्हीं प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। प्रमाणित इसका में ऐसी के प्रमाण प्रमाण और अन्य बातों की सही किन्हीं/ऐसी ऐसी यह इसका की होती और "भौतिक" की कोई यहिका या किन्हीं/ऐसी इस प्रकार से नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) अनुमति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE मंजू		REJECTION नमंजू	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15.08.17	 Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No.-58090 Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	 Seib Sankar Bagchi Director Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी			

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

 SANCTIONED अनुमति	REJECTED अस्वीकृत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 पत्राधीन हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 पत्राधीन हस्ताक्षर 2
			