

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


**Koshika**  
 foundation  
 Building Block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0717/0640

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/07/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

BAKKAR BISWAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

LATE SARWAR BISWAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

PART NO- 0190, DUTTAPUR-1, NORTH 24  
PARAGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 16000 X 12 = 19,200/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रमाण)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो खाने हो उस या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes/No

हां/नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1.                     | BAKKAR BISWAS                                     | 58                         | M              | SELF                                      |
| 2.                     | JAHANOR BISWAS                                    | 50                         | F              | WIFE                                      |
| 3.                     | HABIBULLA BISWAS                                  | 22                         | M              | SON                                       |
| 4.                     | JAKIYA SULTANA                                    | 05                         | F              | DAUGHTER                                  |
| 5.                     | NABIBULLA BISWAS                                  | 23                         | M              | SON                                       |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवश्यकता के लिये निम्न विकल्प

|                                                                                                                  |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>लक्ष्मी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति जोड़ना पड़ेगी) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति जोड़ना पड़ेगी) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति जोड़ना पड़ेगी) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे पत्र लिखी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारेण सूची जोड़ना |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CHANCR - RE                                                                    |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
| 2.                     | SURGERY - RE (3105 + 10L)                                                                  |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |
|                        |                                                                                            |

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED<br>लक्ष्मी रक्षा का राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                             |
|                        |                                           |                                                             |
|                        |                                           |                                                             |
|                        |                                           |                                                             |

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, 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 कबल यह कि इस प्रकार में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउण्डेशन", से ले जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में परा गया है।

3) मैं यहाँ पर कबल यह कि मैं इस सहायता से या इसकी को नहीं है, इस प्रति या अधिक या कमतर विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

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/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 fulfillment 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्श्वक) अपनी सहायता की मुद्दे का यह है कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोचाली" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, पुनः प्रकाशित करने के लिए उपयोग के लिए प्रतिनिधियों और उपस्थितियों के बिना किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायोचाली अधिकृत है।

2) मैं (अर्श्वक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उससे न्यायोचाली का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा:

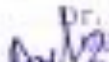
## AGREEMENT by HOSPITAL: (FURNISH FOR WORK)

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.

1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित आवश्यक किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्तर से उक्त टेलीफोनल में लेने या ले लेने है, जैसे कि हमने "बोशिया फाइनेंस" से लिबरलिसिडि उक्त के सम्य में "बोशिया फाइनेंस" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। परी "बोशिया फाइनेंस" द्वारा प्राप्त विधि अधिनियमगत हेतु मन्त्राली किम बाध है तो मन्त्राली किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से प्राप्त लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्ट में स्पष्ट कहा जात है कि मन्त्राली द्वितीय पार उक्त टेलीफोनल हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता।

2. "बौद्धिक सार्वभौमिकता" से ही यह सापेक्ष कंकाल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमलाएँ हुए ही यह सत्य या किये गये उपलब्धता के वास्तविकता से ही है। इसीलिए हमलाएँ में ऐसी के द्वारा मुक्त और अपने अपने की सही विवेकपूर्ण ऐसी एवं हमलाओं की होती और "बौद्धिक" की कोई प्रकृति या विवेकपूर्ण इस मामले में नहीं होती।

| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)<br>संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त या निराकरण लगाये) |                                                                                                                                                                                                                                                                  | ACCEPTANCE<br>कबूल                                                                                                                                                                                                                                                                   | REJECTION<br>नकार |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>17/08/17                                                             | <br>Dr. Arindam Deb<br>MBBS, D.O., FRCS<br>Reg. No.-58090<br>Suneel Eye Foundation & Research Centre<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व इलाका व तारीख | <br>Dr. Sanjay Bagchi<br>Director<br>Suneel Eye Foundation & Research Centre<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी |                   |

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु

|                         |                  |                                                                                     |                                                                                       |
|-------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| SANCTIONED<br>सन्तुष्टि | REJECTED<br>नकार | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी इस्तेफर 1                                          | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी इस्तेफर 2                                            |
|                         |                  |  |  |