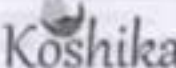


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life

APPLICATION No.: K/1017/1032

APPLICATION DATE: 07.10.17

NAME of APPLICANT: MANGALA HALDER

AGE-YEARS आयु-वर्ष

42

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ASHOK HALDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

RAJBHAI PURBA TANGRA-58, TILAJALA,
SOUTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:

LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME:

Rs. 1200 x 12 = 14,400/-

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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

Yes/NO

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

हां / 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 के साथ सम्बन्ध
1.	MANGALA HALDER	42	F	SELF
2.	ASHOK HALDER	50	M	HUSBAND
3.	BIJOY HALDER	25	M	SON
4.	RUBY HALDER	22	F	DAUGHTER IN LAW
5.	CHIRU HALDER	1	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे वर्ष विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (JICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: मैंने जो सेवा 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 a
 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
 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 चाहूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में सचुदात रूप में सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरी सहायता निरस्त भी हो सकती है।
 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति में लिये बिना कल्पित, जो इस प्रश्न में बताना है।
 3) मैं यहाँ पर बताना चाहूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रत्येक की नहीं है, उस दलित का अतिरिक्त या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोडिगिनेस/कंपनी/कंपनी से न हो शिवाय है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above pp 450)

- 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-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 का उत्तर इसलिए दे सकते हैं कि मैं (आवेदक) अपनी साक्षी की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे बिना इस प्रश्न में जोड़ें हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित करने के लिए उपयोग में लाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों को अधिकृत करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका बिना किसी भी शर्त के पता के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बिना किसी भी शर्त के पता के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों को अधिकृत करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका बिना किसी भी शर्त के पता के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आलेख को इस्तेमाल या अंग्रेजी का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (WVHM 20 600)

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.

बड़े लड़िका बचपनी की ओर से आने-जाने को "बंदिबा बचपनी" से विभिन्न प्रकार के विचारों को रखी है। जिसे हम (बचपनी) फिर उमर से आम न लीजते पाते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विधिवत स्थापना किसी एक साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐनैक्चरमें में लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि इनने "कॉलेजियल प्रोसेस" से विधिवत/विधिक उक्त को संस्था में "कॉलेजियल प्रोसेस" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कॉलेजियल प्रोसेस" द्वारा स्थापना विधिक अधिनियम/संस्था हेतु गन्तु नहीं किया जाय है तो संस्थागत किसी अन्य एक साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से स्थापना लेने का अधिनियम सुचित सत्य है। इस सूचित में स्पष्ट कहा जाय है कि संस्थागत विधिक गहर उक्त ऐनैक्चरमें हेतु किसी एक साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेया/लेयी।
2. "कॉलेजियल प्रोसेस" से ही यह स्थापना संस्था विधिक प्रकृति की है। लेने यह संस्थागत द्वारा ही यह संस्था या किने लेने प्रक्रिया/प्रक्रिया का प्रारंभ ऐनै एवं संस्थागत को बीच का विधान है और "कॉलेजियल प्रोसेस" द्वारा किसी प्रस्ताव का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसीलिए संस्थागत में ऐनै को प्रस्ताव प्रस्ताव और अपने अपने को सारी विनियमों ऐनै एवं संस्थागत को लेने और "कॉलेजियल प्रोसेस" को कोई अधिनियम या विनियमों इस संस्था में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निश्चय लगाने)		ACCEPTANCE सम्मत		REJECTION संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 07.10.17	 Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, FRCS (Ophth) FRCOphth Reg. No. 24788 Kushi Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद, प.		 Dr. Sankar Bagchi Director Kushi Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका संस्थान संस्था		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु					
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED संस्तुति	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2	
		