

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

K/0118/1647

APPLICATION DATE :

05/01/18

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

SHANTI DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

TARAK DAS

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DASIPARA MAULI MALANCHHA, NORTH 26 PARGANAS,  
743425, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

HOUSE WIFE

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME :

NIL

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी पत्रांक 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 निशान लगायें)

हाँ / 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 के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | SHANTI DAS                                        | 58                         | F              | SELF                                            |
| 2                      | GINOY DAS                                         | 27                         | M              | HUSBAND                                         |
| 3                      | GOPAL DAS                                         | 23                         | M              | SON                                             |
| 4                      | ADARSH DAS                                        | 20                         | M              | SON                                             |
| 5                      | SANJAY DAS                                        | 22                         | M              | SON                                             |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                    |
| 2                      | SURGERY - RE (SICS+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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कई गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

DECLARATION by APPLICANT: अभिषेक कुमार शर्मा

- 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं बयान असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ, तो, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जावेगा, जो इस प्रश्न में पता लगा है।
- 3) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में न तो, उस राशि का कहीं-कहाँ से वापस किया किसी अन्य प्रकार/सेवादाता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above DO NOT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 to 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 जवाब देना या नहीं देने की आपका मत है (अर्थात्) जरूरी जानकारी को मुझे क्या है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" के अधिकृत कर्मचारी हैं कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी करे, उनके कार्यालय द्वारा उत्तरों से जुड़ी परिधिपरिधि और उपस्थितिओं के लिए किसी भी प्रकार सामग्री को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मैं इनमें से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ग्राहकों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्षात के उत्तरों में प्रमाणित है मुझे तथा: प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष तरीके से। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त ग्राहकों के निर्देशों और कार्यकारी होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को इशारा या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (FORM 20-404)

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.

इससे अधिकतर, राजस्थानी को और से सम्बोधित करने को "कोसिया भावनें" से मिलित प्रमाण देना सिद्धांत की भाँति है, जिसे हम (इसका) सिद्ध प्रमाण से मान्य न समझते हैं।

1. यह कि न तो अधिका और न ही अधिका में अधिक साक्ष्य किसी के साक्ष्य को माना या किसी अन्य को माना से उच्च प्रतीकमानों में होने या तो नहीं है, जैसे कि इन "अधिकार प्रमाणों" में विश्वविद्यालयिक उच्च को मान्यता में "अधिकार प्रमाणों" द्वारा गहरा है कि है। यदि "अधिकार प्रमाणों" द्वारा साक्ष्य किसी व्यक्ति/संस्था से गहुरा नहीं किया जाता है तो अगला किसी अन्य के साक्ष्य को माना या किसी अन्य साक्ष्य में साक्ष्य होने का अधिकार प्रमाणित नहीं है। इस प्रमाण में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला प्रमाण गहरा उच्च प्रतीकमानों से है कि साक्ष्य को माना या किसी अन्य साक्ष्य में नहीं लेना/लेना।
2. "अधिकार प्रमाणों" में ही नई साक्ष्य को माना अधिक प्रमाणित को है। ऐसे में हमारा द्वारा ही नई साक्ष्य या किसी गले उच्च/प्रमाण का प्रमाण प्रतीक माना उच्च प्रमाण को माना या फिर है और "अधिकार प्रमाणों" द्वारा किसी उच्च का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए हमारा में प्रतीक माना द्वारा और माने माने को नहीं किम्वंही प्रतीक माना उच्च प्रमाण को माने और "अधिकार" को कोई अधिकार का किम्वंही इस प्रमाण में नहीं होने।

| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)<br>संस्तुति (स्वीकृति/निस्त का विधान लगाये) |                                                                                                                                                                                                                    | ACCEPTANCE<br>पसन्द                                                                                                                                                                                                                                                            | REJECTION<br>नसन्द |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><br>05/01/18                                                       | <br>Arindam Deb<br>MBBS, DO, FRCS<br>Reg. No. 58096<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं. | <br>Dr. Sankar Bagchi<br>Director<br>Sankar Foundation & Research Centre<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory<br>on behalf of Hospital)<br>नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी |                    |

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तरिक उपयोग के लिए

|                    |                  |                                                                                     |                                                                                      |
|--------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| SANCTIONED<br>समूह | REJECTED<br>समूह | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी इलाहाबाद 1                                         | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी इलाहाबाद 2                                          |
|                    |                  |  |  |