

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता के लिए आवेदन प्राकृत

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सहायता)

Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION NO.: K 1218 | 1792

APPLICATION DATE: 7/10/18
नवंबर २०१८

NAME OF APPLICANT:
आवेदक का नाम
MAYA KUMAR SINGHA ROY

AGE-YEARS वय-वर्ष
61

SEX लिंग
M

FATHER'S/HUSBAND'S NAME:
पिता/जीवन का नाम
BUDHIR SINGHA ROY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी ठाकुर गाँव बाजार जि.

RAJENDRAPUR, RAJENDRAPUR, NORTH 24 PARGANAS
पश्चिम बंगाल, भारत

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक स्थायी ठाकुर गाँव बाजार जि.

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
पेशी

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्षम संदर्भ)

PAN No.: स्टेट लेटर प्रमाण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आपको जुटा दर्ता दिया गया है (जो आपको उस पर जाती का विवर दिया गया है)

Tax ID No.
टी.एच.ए.नो.

FAMILY DETAILS घरेलू विवरण

| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member घरेलू के सदस्यों का नाम | Age (Years) वय (वर्ष) 61 | Gender लिंग M | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध SELF |
|------------------------|--|--------------------------------|---------------------|---|
| 1 | MAYA KUMAR SINGHA ROY | 61 | M | WIFE |
| 2 | SANTOSH SINGHA ROY | 28 | M | SON |
| 3 | MAMTA NATH | 06 | F | DAUGHTER |
| 4 | CHANDRA SINGH | 01 | | DAUGHTER |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवेदन के लिए विवरित आधार

| BPL Card (Attach Card Copy) एप्पली कार्ड के लिए इकाइ प्राप्त (इकाइ प्राप्त की जाने वाली संस्करण की) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएस कार्ड प्राप्त (इकाइ प्राप्त की जाने वाली संस्करण की) | Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड प्राप्त (इकाइ प्राप्त की जाने वाली संस्करण की) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार |
|--|--|--|---|
|--|--|--|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
आवेदन के लिए विवरित का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached आवेदन/प्रेक्षण में जारी की गई डिजिटल रूपी संस्करण |
|------------------------|---|
| 1. | DIAGNOSIS - CATARACT - LF |
| 2. | SURGERY LF (SICS/ICL) |

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य स्रोत से भी आवेदन की गयी है?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED इसे किसी राशनकारी से |
|------------------------|---|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा:

- 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) यदि यह एक ₹ ५० हजार में से कोई भी बिना के आवासी के लिए यह एक बड़ी है तो, उसे बिना के आवासी के लिए यह एक ₹ ५० हजार रुपये की रकम है।
- 2) यदि यह एक "लिंग्वर्स", जो यह नहीं है, आवासी को उत्तरी यह एक बड़ी है तो यह एक ₹ ५० हजार में से कोई नहीं है।
- 3) यदि यह ₹ ५० हजार रुपये के अन्तर्में है, तो उसे बिना के आवासी के लिए यह एक ₹ ५० हजार में से कोई नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेशन द्वारा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 its 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) यदि यह एक आवासी को बड़ी ही आवासी, जो ₹ ५० हजार से ऊपरी "लिंग्वर्स" की अपेक्षा बड़ा है तो मेरे नाम, पता, छोटे लिंग के लिए यह एक ₹ ५० हजार से ऊपरी "लिंग्वर्स" की अपेक्षा नहीं है। यह "लिंग्वर्स" एक नहीं है, यह आवासी को उत्तरी यह एक बड़ी है तो मेरे नाम, पता, छोटे लिंग के लिए यह "लिंग्वर्स" की अपेक्षा नहीं है।
- 2) मेरे नाम के लिए यह ₹ ५० हजार पर, यह छोटे लिंग के लिए यह ₹ ५० हजार से ऊपरी यह अपेक्षा नहीं है तो मेरे नाम के "लिंग्वर्स" एक नहीं नहीं है तो यह आवासी को बड़ी है।

APPLICANT'S SIGNATURE ON LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेशन में इसका लिंग का लिंग



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा)

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.

इसका अधिकारी, आवासी को बड़ी ही "लिंग्वर्स" के लिए यह ₹ ५० हजार से ऊपरी है, तो मेरा (हॉस्पिटल) यह जाहां में यह एक आवासी है।

- 1) यदि मेरे नाम की अपेक्षा यह ₹ ५० हजार में से ऊपरी यह एक नहीं है, तो मेरे नाम "लिंग्वर्स" के लिए यह एक नहीं है। यह "लिंग्वर्स" एक नहीं है, यह ₹ ५० हजार से ऊपरी यह एक नहीं है। यह ₹ ५० हजार से ऊपरी यह एक नहीं है। यह ₹ ५० हजार से ऊपरी यह एक नहीं है। यह ₹ ५० हजार से ऊपरी यह एक नहीं है।

- 2) "लिंग्वर्स" के लिए यह ₹ ५० हजार से ऊपरी यह एक नहीं है। यह ₹ ५० हजार से ऊपरी यह एक नहीं है। यह ₹ ५० हजार से ऊपरी यह एक नहीं है। यह ₹ ५० हजार से ऊपरी यह एक नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संस्थाकी द्वारा लिंग अप्लिकेशन

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| Date of Surgery अंडोलन की तिथि | Dr. Alok Bagchi M.S., M.Ch., F.R.C.S., R.F.Q.N.E.C. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) काशी चौक, नाला नगर, बंगलुरु - 560 001, India | Shri Bankar Bagchi Director (Name, Designation & Signature of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम एवं पद इसका अधिकारी द्वारा दिया गया |
|-----------------------------------|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION नामीक उपयोग के लिए

| | |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामीक उपयोग के लिए | SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामीक उपयोग के लिए |
| | |