

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K11248/1928		APPLICATION DATE: 10/12/19					
NAME of APPLICANT: BARI BAURI		AGE-YEARS: 52		SEX: F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KALIPADA BAURI				 			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BILASHA RAMHARSHI ANJANAPURAM, CHANKUVA STREET AS, WEST BANGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE							
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)					
PAN No. [Blank]							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No							
FAMILY DETAILS							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
1.	BARI BAURI	52	F	SELF			
2.	KALI BAURI	54	M	BROTHER			
3.	ARMAN BAURI	24	M	SON			
4.	SUCHITRA BARI	25	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पत्र प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया उड़ी होना को)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आर कार्ड प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया उड़ी होना को)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की छाया उड़ी होना को)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये किसी का वर्णन:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन जोड़ी की गई प्रतिबंधित सूची में						
1.	TAKEN - CATARACT - L.						
2.	SUGGLASS - R (Cataract)						
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED सी गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: **ਸਰੋਤ ਦਾ ਚੋਣਾ ਨਹੀਂ**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जायदादा गलत पाया जाये तो उसे भी वापस किया जायेगा।
- 2) मैं इस बात का आश्वासन दूँगा कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से लाभ प्राप्त नहीं करूँगा, न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से यह सहायता प्राप्त करने की कोशिश करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (below the line)

- 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/post-upreproduce 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 ढर्रे पर मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) यहाँ से सहमत होकर स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत होगा कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस ढर्रे पर कोशिका है, जो "कोशिका" द्वारा मेरी, मेरा, या मेरे द्वारा प्राप्त करने के लिए मेरी छवि और विवरणों को मेरे बिना मेरे द्वारा प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा मेरे विवरण में इसमें मेरे नाम या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या मेरी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन को त्रस्टियों से अधिकृत है। मुझे इससे: फाउंडेशन का उपयोग नहीं होगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा मेरे नामों का निर्णय लेना और संपन्नता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

andrew se gungar na aish ka shiksha



AGREEMENT by HOSPITAL (HAFAN IRI WUK)

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:

- 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.

[illegible]

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इसी प्रकार के विषय संस्तुति

Date of Surgery 12/12/18	Dr. Shankar Nag (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) Research Centre	Dr. Shankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नमो भगवते वासुदेवाय
-----------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ॐ श्री गुरुभ्यो नमः

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય દાસરાવ	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય દાસરાવ 2
	