

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K11218/1940		APPLICATION DATE: 12/12/18		
NAME of APPLICANT: MINU MALICK		AGE-YEARS: 65	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOURANGA MALICK				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KIRAN PARK BODHANPALLY MAHAYANGRAM NORTH THANE FOUR PARGANAS DISTRICT WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOUSE WIFE	MARRIED (विधिवि) / UNMARRIED (अविधिवि)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL	(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)			
PAN No. XXXX XXXX				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)		Yes / No 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 से क्या संबंध
1.	MINU MALICK	65	F	SELF
2.	GOURANGA MALICK	65	M	HUSBAND
3.	PAVITRA MALICK	41	M	SON
4.	ARUNIMA MALICK	40	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न विकल्प चुनें				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे उपलब्ध है (उपलब्ध है की जांच उचित होना चाहिए)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आर वर्ग उपलब्ध है (उपलब्ध है की जांच उचित होना चाहिए)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपलब्ध है की जांच उचित होना चाहिए)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनरल/डॉक्टर से जारी की गई डॉकिमेंट्स जुड़ी होना			
1.	Diagnosis - CATARACT - L.E.			
2.	Surgery - L.E. (SURGERY)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 insurance/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना सिद्ध भी हो सकती है।
- 2) मैं इससे अधिकता नहीं "कीटिका फाउंडेशन", को ले जा रहा हूँ, प्रस्तावित करने वाले प्रश्नों की पूर्ति के लिए बिना कारणों, जो इस प्रश्न में पाए गए हैं।
- 3) मैं यह बताना हूँ कि बिना प्रार्थना किए हुए अन्य कहीं से भी नही लेंगे, इस प्रकार का आर्थिक या प्रशासनिक मदद किसी अन्य संगठन/कंपनी/आयुर्विधायक कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (please see 401)

- 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-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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वामी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं। उसे "कोशिका" दूरदर्शनी, पत्र, सम्पत्तियों द्वारा प्रसारण से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी देने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने में हित अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरी हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने में हित "कोशिका फाउंडेशन" व भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना हस्तक्षेप के प्रसारित करने में अधिकृत हैं। प्रश्न का निवारण मेरी हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने में हित "कोशिका फाउंडेशन" व भरोदारों अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

संभव है कि यह भी हो सके कि यह भी हो सके



AGREEMENT by HOSPITAL. (EXHIBIT 101-402)

By affixing her/under, 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, in 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.

हवाई अधिकार, हवाईपट्टी की ओर से गणतंत्रों की ओर "बलिष्ठा पायनोडोल" से निर्मित गणतंत्रों से निर्मित की जाती है, जिसे इन (गणतंत्र) जिन प्रकार से अपने न गणतंत्र करते हैं।

- 1) यह कि न तो सीमा और न ही सीमा में स्थित सामान्य किसी भी सामाजी संस्था या किसी अन्य संस्था से उच्च ऐतिहासिकता में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि इन "सीमा सामाजी" से निष्पत्ती/निष्पत्ती उच्च से उच्च में "सीमा सामाजी" द्वारा गहरा रहे कि है। ऐसे "सीमा सामाजी" द्वारा सामान्य स्थिति स्थिति/सामान्य रहे समुदाय या किसी सामाजी संस्था या किसी अन्य संस्था से सामान्य होने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस सुनिश्चित रूप से उच्च बहाल है कि सामान्य स्थिति गहरा उच्च ऐतिहासिकता रहे किसी भी सामाजी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं संलग्न/संलग्न।
2. "सीमा सामाजी" से लगे या सामान्य संस्था स्थिति उच्च/स्थिति को है। ऐसे या सामान्य द्वारा ही या सामाजी या किसी भी सामाजी/सामाजी का समुदाय ऐसे एवं सामान्य से लगे का स्थिति है और "सीमा सामाजी" द्वारा किसी उच्च का कोई उच्च नहीं है। उच्च/स्थिति सामान्य में ऐसे से उच्च समुदाय और अन्य एवं को लगे स्थिति/स्थिति ऐसे एवं सामान्य को लगे और "सीमा" को कोई स्थिति या स्थिति/स्थिति उच्च समुदाय में लगे लगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सभीकुली के लिए संस्तुति

Date of Surgery 12/12/18	Dr. Hari Shanker Nag MBBS, MS, (OPHTH) No. 65656 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Director of the Research Centre	Dr. Sub Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जन न भय इत्येतत् अस्मिन् अस्मात्
-----------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्थशास्त्र विभाग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય હનુમાન ૧	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય હનુમાન ૨
	