

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: K/1248/1965 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 12/12/12 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: NIL KAMAL NANDI आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 62 वर्ष	SEX: M लिंग		
FATHER/SPOUSE'S NAME: GOURANGA NANDI पिता/सहोदर का नाम				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 62/A KACHHMITRA GHAT STREET, KOLKATA 700003, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: UNEMPLOYED					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय		MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं? (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)					
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 संबंध	
1.	NIL KAMAL NANDI	62	M	SELF	
2.	GOURANGA NANDI	50	F	WIFE	
3.	SAYAN NANDI	20	M	SON	
4.	POKALI NANDI	23	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिए निर्दिष्ट आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति प्रमाण करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की आय पर (आय पर की जाय प्रति प्रमाण करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति प्रमाण करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रस्तुत करें				
1.	DIAGNOSIS: CATARACT - R				
2.	SURGERY - R (SUCCESSFUL)				
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या की?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED कौन सा सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: अभिनेता प्रो. विवेक नारायण

- 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 यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/असत्य साबित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे यहाँ पर साबित करता हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पर्यटन है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या इस प्रश्न में जो भी मदद मिले, उसका उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से जो भी मदद मिले और जो भी रीफंड में लीजें

AGREEMENT by APPLICANT (online only work)

- 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 का उत्तर दायता या संबंध की बात समझकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को कुछ बताना हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" समूह न्यासी, दान, समन्वयक पुराने उत्तरों में मुझे सीटीवीटीवी और प्रसारणियों में दिखाने के लिए किसी भी उपाय समूह में प्रसारित करने में हिंसा अधिकृत है। वे प्रश्न का विवरण में प्रत्यक्ष में पढ़ें या बाद में करने में हिंसा "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि दायता से उत्तरों में प्रेषित है कुछ बताना, दायता का समर्थन नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" समूह उत्तरों न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षणी होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE ON LEFT THUMB IMPRESSION :

संकेत: ११ अक्षरों का संकेत है।



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 101-410)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Koshika) 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.

हमारे अतिथि, हमारी ओं और वे उपलब्धता के "संक्षिप्त भाष्य" में विभिन्न भाषाओं में विभाजित की गयी हैं, जिसे हम (हमारे) विभिन्न प्रकार के भाषा में उपलब्ध करवा रहे हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संसदीय

Date of Surgery 13/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) 	Shih Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) 
-----------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: वसन्त 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: वसन्त 2
	