

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता देते आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देशभाषा)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0119/2178

APPLICATION DATE: 01/01/19

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

DAYAMAY SAHA

AGE-YEARS: 66 वर्ष
SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
जिम्मेदार का नाम

JAGADISH CHANDRA SAHA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती का वास स्थान
MAHAMAYA KALONI PASH HIM HALTE MAJHER PARA
18 BASTIKHAT SANGRAMPUR NORTH 24 PARGANAS
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: जमीन का वास स्थान

— AS ABOVE —

OCCUPATION: व्यवसाय

UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष मालिन)

PAN No. प्राइवेट आइडी नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप जमीन का वासी हैं (जो यानि हो उस पर मही का विवाह संपादित है)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years) वय (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant अप्पेलेंट के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|--------------------------|----------------|---|
| 1. | DAYAMAY SAHA | 66 | M | SELF |
| 2. | CARASWATI SAHA | 59 | F | WIFE |
| 3. | DILIP SAHA | 31 | M | SON |
| 4. | INDRADUTI SAHA | 38 | F | SON |
| 5. | CANDRONATH SAHA | 54 | M | SON |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए चिह्नित करें।

| BPL Card (Attach Card Copy) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) | Ration Card (Attach Copy) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन |
|--|---|---|---|
| गरीबी रेखा के गोदे प्रधान राज (प्रधान राज की जगह भी संतान की) | जनन अवास का ज्ञान पत्र (ज्ञान पत्र की जगह भी संतान की) | उपलब्धता कार्ड (ज्ञान पत्र की जगह भी संतान की) | |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु चिह्नित करें जिसकी वजह से अप्पेलेंट:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कार्यालय से किए गए प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1. | DIAGNOSIS- Cataract- R. |
| 2. | SURGERY- R (SICSTIOL) |

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से उपलब्ध नहीं है?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED सी गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेंट द्वारा संकेत करा:

- 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 प्रकाश में दिये गये आवश्यक विवरण ऐसे जानकारी के अनुरूप प्रकाश एवं चाही हैं। यही घोषणा इस प्रकाश का उपलब्ध भवति है तो यही घोषणा विवरण भी ऐसी चाही है।
- 2) मैं इस द्वारा समझता हूँ कि "कोशिका चालान्डेशन", मैं जी यह तो हूँ, जानकारी उसी तरह ही दृष्टि दिया जायेगा, जो इस प्रकाश में यहाँ दर्शाया गया है।
- 3) मैं पूर्ण रूप से इस प्रकाश से बदल देता चाहता हूँ कि यह यही वास्तविक विवरण जानकारी है जो यहाँ दर्शाया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा कराया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकाश का अपने उत्पादक वा अंगठी की जान लगाकर, मैं (अप्लिकेंट) आवश्यक जानकारी को पूर्ण रूप से "कोशिका चालान्डेशन" और उसके नामों से यही घोषणा करता हूँ कि मैं यह यह, अंगठी और उसे विवरण इस प्रकाश में दर्शाया है, जो "कोशिका" एवं नामों, यथा, जानकारी दृष्टि दिया जाएगा तथा उसी दृष्टिकोण से यही विवरण और जानकारी दृष्टि दिया जाएगा तथा यही विवरण द्वारा वे दिये गये विवरण भी यहाँ दर्शाया जाएंगे।
- 2) मैं (अप्लिकेंट) इस प्रकाश से समझता हूँ कि मैंने यह, यह, अंगठी और विवरण जो यही घोषणा में दर्शाये गए थे, जानकारी दृष्टि दिया जाएगा। इस प्रकाश में "कोशिका" एवं उसके नामों का विवरण विवरण और जानकारी दृष्टि दिया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेंट द्वारा दाखिल की जाने वाली विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (उत्पादक द्वारा कराया)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- यही घोषणा, उत्पादक द्वारा दर्शायी जाने वाली "कोशिका चालान्डेशन" से विवरण जानकारी से विवरण दर्शाया जाने वाली विवरण की चाही है, जो यह (उत्पादक) इस प्रकाश से यहाँ वाली विवरण करते हैं।
- 1) यह कि मैं यह यहाँ दर्शाया जाने वाली विवरण से विवरण जानकारी संस्थान वा विवरण द्वारा दर्शाया जाने वाली विवरण से दर्शाया जाने वाली विवरण से यहाँ दर्शाया जाने वाली विवरण से विवरण जानकारी दृष्टि दिया जाएगा। यही "कोशिका चालान्डेशन" इस प्रकाश से दर्शाया जाने वाली विवरण दृष्टि दिया जाएगा। इस प्रकाश से विवरण जाने वाली विवरण से यहाँ दर्शाया जाने वाली विवरण दृष्टि दिया जाएगा। इस प्रकाश से विवरण जाने वाली विवरण से यहाँ दर्शाया जाने वाली विवरण दृष्टि दिया जाएगा।
 2. "कोशिका चालान्डेशन" से यह यहाँ दर्शाया जाने वाली विवरण दृष्टि दिया जाएगा। यही यह उत्पादक द्वारा दर्शाया जाने वाली विवरण दृष्टि दिया जाएगा। यही "कोशिका चालान्डेशन" इस प्रकाश से दर्शाया जाने वाली विवरण दृष्टि दिया जाएगा। यही यहाँ दर्शाया जाने वाली विवरण दृष्टि दिया जाएगा। यही यहाँ दर्शाया जाने वाली विवरण दृष्टि दिया जाएगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

विवरण के लिए संस्थानी

| | | |
|--|--|---|
| Date of Surgery अंगठी की तिथि 01/01/19 | Dr. Arindam Deb MBBS, MD, FRCS Reg. No. -58096 (Name of Dr. & Regt. No. with Stamp) कालान्डेशन केंद्र, जयपुर, राजस्थान, भारत, भारत | Bunker Banchi Date (dd/mm/yyyy) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नम व पर उत्पादक उत्पादक विवरण |
|--|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION उत्पादक उत्पादक द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी उत्पादक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी उत्पादक 2