

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0119/2293		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		NANIGOPAL ROY		AGE-YEARS : वयस वर्ष	SEX : लिंग
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम		LAKSHMUKANTA ROY		78	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासीय पता					
45 BASKAR DASAN RN THAKUR ROAD PENIHAM 13 KHARIDAH NORTH 24 PARGANAS MOOHID WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता					
- AS ABOVE -					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				NIL	
PAN No. : पैन संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान 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 के साथ सम्बन्ध	
1.	NANIGOPAL ROY	78	M	SELF	
2.	CHANDRANI ROY	65	F	WIFE	
3.	SHUBA ROY	41	F	DAUGHTER	
4.	SANCHITA CHANDRA	22	F	DAUGHTER	
5.	SONIA DAS	24	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाय छति संलग्न की)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जाय छति संलग्न की)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (आय पर की जाय छति संलग्न की)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निशान का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.				
2.	SURGERY - L.E. (CICCAHOL)				
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 उसी गई सहायता पसी	



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 source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कबल हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई विवरण एवं अथवा सहायता प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता प्राप्त "कीटिका फाउन्डेशन", से ही यह चाहती हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस प्राप्ति का अर्थिक या समकाल विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ली जा।

AGREEMENT by APPLICANT (please print name)

- 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/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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस ढङ्ग का करने इच्छा का अर्थ है मैं आपका, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी को मुझे प्राप्त है एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता है कि वेद आप, नाम, पते और के विवरण इस ढङ्ग में प्रेषित है, उसे "कोशिका" दण्ड, पत्र, चर, चरकचर द्वारा उद्देश्य से मुझे वित्तियर्थ और उल्लिखित के तिन बिना के उल्ल उद्देश्य से प्रसिद्ध करने के लिए अधिकृत है। वेद ढङ्ग का विवरण मेरे इच्छा के अर्थ का यह मैं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत है कि वेद आप, नाम, पते और विवरण के कि उद्देश्य के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे भव्य; उद्देश्य का उद्देश्य नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दण्ड उद्देश्य अर्थ का निर्णय अर्थ और आपका ही होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

સાહેબના બે કાનડા ના સોનેરી આ વિશ્વના

✓ 2/10/2020

AGREEMENT by HOSPITAL. (WHEN DO YOU)

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

इसमें अधिवृत्त, इजाजतों की ओर से चलने-पैने की "कॉरिडोर पदमंचेशन" से विविध प्रकार के विचारों की जाती है, जिसे इन (इन्फ्लुएंस) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो सर्वजन और न ही सर्वजन में विज्ञान सार्वजनिक किसी भी साधारण संस्था या किसी अन्य एजेंसी से उच्च लेवल पर होने या हो रहे हैं, जैसे कि इनमें "बैथिना फाउन्डेशन" के निपटारे/विषयों उच्च के समर्थन में "बैथिना फाउन्डेशन" द्वारा गहरा है कि है। यदि "बैथिना फाउन्डेशन" द्वारा सार्वजनिक किसी व्यक्ति/संस्था से उच्च समर्थन नहीं किया जाता है तो सार्वजनिक किसी अन्य भी साधारण संस्था या किसी अन्य संस्था से सार्वजनिक होने या अधिकतर सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सार्वजनिक विज्ञान गहरा उच्च लेवल पर होने किसी भी साधारण संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं होना/होनी।
2. "बैथिना फाउन्डेशन" के ही नहीं सार्वजनिक केवल विज्ञान प्रकृति की है। होने पर सार्वजनिक द्वारा ही नहीं सार्वजनिक या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का प्रयोग होने एवं सार्वजनिक के योग का विषय है और "बैथिना फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रयोग नहीं है। इसीलिए सार्वजनिक में होने के प्रयोग प्रकृति और जाने जाने की इसी विनियमों होने एवं सार्वजनिक की होने और "बैथिना" की कोई प्रक्रिया या विनियमों इस मामले में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्योच्यते के दिग् संसृति

Date of Surgery अतिरिक्त की तारीख 01/01/19	Dr. Arindam Deb M.D., FRCS No. 58098 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.	Shih Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2	
		