

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0319/2104	APPLICATION DATE: आवेदन मिति:	01/01/19	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	KANU NAG	AGE-YEARS वय-वर्ष:	61	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	UMESH NAG	SEX लिंग:	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्वास्थ्य देखभाल परा 918 PERRY MICHAN SUR LANE, LEEDON STREET, KOLKATA - 700006 WEST BENGAL		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वास्थ्य देखभाल परा		
<u>— AS - ABOVE —</u>				
OCCUPATION: अवधारणा:	UNEMPLOYED	MARRIED (प्रधित) / UNMARRIED (अप्रधित) (Attach Proof of Income) (जब्त का स्वाक्षर संतान)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कृत वार्षिक वरा:	HIL			
PAN No. स्वाक्षर संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): क्या आप जाते हों उमा पर सही का विवरण लगाएं?				
FAMILY DETAILS सदैया विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member सदैया के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के सम्बन्ध
1.	KANU NAG	61	M	SUPER
2.	PUTUL NAG	49	F	WIFE
3.	RINA NAG	24	F	DAUGHTER
4.	BIJAYA NAG	21	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): सहायता के लिये चिह्नित करें।				
BPL Card (Attach Card Copy) निश्चिय टेक के लिये इच्छा पर (इच्छा पर की जाव भी संतान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अम्बुज कर्मी इच्छा पर (इच्छा पर की जाव भी संतान की)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (इच्छा पर की जाव भी संतान की)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्य साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विवरी का उल्लेख:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से लियी गई प्रतिवेदन सूची संतान			
1.	DIAGNOSIS - GAITRA (7 - R6)			
2.	SURGERY - Re (Stec + 101)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उल्लेख के लिये कोई अन्य सहायता विभी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED भी गई सहायता वारी		

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन करने वाले का:

- 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 प्रकल्प करता हूँ कि इस प्रकल्प में दिये गये विवरण सही बदलावी के लगुत्तम रूप रखते हैं; जो कोई विवरण ऐसे करना आवश्यक नहीं है तो उसे विवरण नहीं करता हूँ।
- 2) मैं इस में सहायता की "कोशिका चालान्डेशन", में भी नहीं हूँ, जोकि उसके लिए उसकी लोगों की तुली में दिये विवरण नहीं है, जो इस प्रकल्प में दिया गया है।
- 3) मैं तुम्हें कहता हूँ कि इस प्रकल्प से दूर रखने की चाही थी, जो उसे यह विवरण सहायता के लिए दिया गया है और वह उसे विवरण में दिया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन करने वाले)

- 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 प्रकल्प के अन्तर्गत अप्लिकेशन की लागत का लिए जाने वाले दूर रखने की चाही थी, जो "कोशिका चालान्डेशन" द्वारा अप्लिकेशन करता है जिसे दिया गया है, जो कोई विवरण इस प्रकल्प में दिया गया है, जो "कोशिका" द्वारा नहीं, या, यह प्रकल्प दूर रखने में तुम्हें विवरण नहीं दिया गया है जिसे दिया गया है।
- 2) मैं (अप्लिकेशन) इस प्रकल्प में सहायता की दृष्टि नहीं करता, यह, अप्लिकेशन को दिया गया है जो सहायता के लिए दिया गया है तो यह सहायता का लाभ नहीं ले सकता। यह प्रकल्प में "कोशिका" द्वारा नहीं दिया गया है जो विवरण नहीं दिया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेशन के दूर रखने की चाही दृष्टि

**AGREEMENT by HOSPITAL (इन्स्पिट्रुल द्वारा करा)**

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.

जाने अप्लिकेशन की लागत के लिए जाना दूर रखने की चाही थी, जो इस (इन्स्पिट्रुल) निम्न लिखित की दृष्टि करता है;

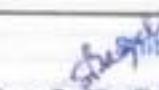
1) यह कि वह कोई विवरण नहीं दिया गया है जो सहायता के लिए अन्य संस्थान द्वारा दिया गया है तो उस दूर रखने में सही नहीं है, वैसे ही इसे "कोशिका चालान्डेशन" में दिया गया है जो सहायता की दृष्टि करता है। यह "कोशिका चालान्डेशन" द्वारा सहायता दिया गया है जो कोशिका चालान्डेशन दूर रखने की चाही नहीं है जो सहायता के लिए अन्य संस्थान द्वारा दिया गया है। इस पूर्ण में सही नहीं है कि सहायता की दृष्टि करता है जो सहायता के लिए अन्य संस्थान द्वारा दिया गया है।

2. "कोशिका चालान्डेशन" में दी गई सहायता के लिए अन्य संस्थान द्वारा दिया गया है जो सहायता के लिए अन्य संस्थान द्वारा दिया गया है तो "कोशिका चालान्डेशन" द्वारा दिया गया है जो कोई अन्य संस्थान द्वारा दिया गया है। इसीलिए इन्स्पिट्रुल में दी गई सहायता दूर रखने की चाही नहीं है जो कोशिका चालान्डेशन द्वारा दिया गया है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्कृति**Date of Surgery
बीमांगन की तिथि

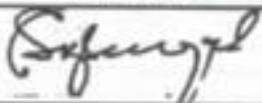
01/01/19


Dr. Arindam Deb
 M.B.B.S., D.O., F.R.C.S.
 Reg. No.: 56096
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इन्स्पिट्रुल का नंबर दिया गया है।


Dr. Sankar Bagchi
 Director
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
 on behalf of Hospital)
 नाम व पद इन्स्पिट्रुल अप्लिकेशन के लिए दिया गया है।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

सहायता करने के लिए हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इकाई 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इकाई 2
