

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : K/0119/2209 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 02/01/19 आवेदन तिथि :		
NAME of APPLICANT : BIKWANATH DAS आवेदक का नाम :		AGE-YEARS 65 वर्ष आयु-वर्ष :	SEX M लिंग :	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RAM DAS पिता/सहोदर का नाम :				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता K.R. RAM DAS ROAD NORTH DUMDUM NIMTA NORTH 24 PARGANAS MOODIN WEST BENGAL PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता - AS ABOVE -				
OCCUPATION : UNEMPLOYED व्यवसाय :		MAIRED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
PAN No. स्पष्ट नहीं ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): हाँ / 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.	BIKWANATH DAS	65	M	SELF
2.	BIYA DAS	52	F	WIFE
3.	BIMAL DAS	28	M	SON
4.	RUMPA DAS	23	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनंति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनंती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मान्यता/दवाखत से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - R.E.			
2.	SURGERY - R.E. (SUCCESSFUL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 एतौ पैसे सहायता जारी	



DECLARATION by APPLICANT: **ਮੇਰਾ ਪਤਾ ਸਹੀ ਹੈ:**

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण तथ्य प्रदान करने वाला है तो मेरी प्रार्थना निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरी प्रार्थना के अभाव में यदि "कोशिका फाउण्डेशन", से ही मदद मिलेगी, तो इस मदद को पूर्णतः अपने लिए ही उपयोग करने के लिए मैं यहाँ पर कबल हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर कबल हूँ कि मैं इस प्रार्थना के अभाव में, या भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मदद लूँगा और न ही किसी भी स्रोत

AGREEMENT by APPLICANT (attach pp 90-901)

- 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-up/republish 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 जहाँ इलाका या जहाँ की छाप लफ्फा, मैं (अर्पणक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वेद, पत्र, पोस्ट और वे बिना इस प्रश्न में बोधित है, उसे "कोशिका" एल्यू मीडिया, घर, साफ/का एल्यू उद्देश्य से मुझे विनिर्दिष्ट और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार सामान्य से प्रसारित करने में लिख अधिकृत है। वेद प्रश्न का बिना मेरे इलाक के पत्रों का कर में करने में लिख "कोशिका फाउंडेशन" में मीडिया अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद, पत्र, पोस्ट और बिना को कि सामान्य को उद्देश्य में प्रविष्ट है मुझे स्वतः सामान्य का इकरा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एल्यू उनके मीडिया का निर्णय अधिक और सम्भवकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अनुसूचित जाति के छात्रों को छात्रवृत्ति का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH IS NOT)

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.

क्याईं लीकवाइल इलाक़े की ओर से पारलमैण्टरी को "बोडिफा चारमंडेशन" से विधिव सहायता हेतु निवारित की जाती है, जिसे डाय (इन्फ़रमेशन) निम्न प्रकार से मान्य व प्रयोग करते हैं:

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिकारी संस्थान या किसी अन्य समूह से उच्च श्रेणीकरण से ली जा रहे हैं, जैसे कि अपने "बीजिका फायदेमंद" से निर्धारित/निर्दिष्ट उच्च को सम्बंध में "बीजिका फायदेमंद" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "बीजिका फायदेमंद" द्वारा सम्बंध निर्दिष्ट अधिकार/सम्बंध हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो सम्बंध किसी अन्य नैतिक सम्बंध या किसी अन्य सम्बंधन से सम्बंध लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बंध निर्दिष्ट गहरा उच्च श्रेणीकरण हेतु किसी नैतिक सम्बंध या किसी अन्य सम्बंधन से नहीं लेना/लेना।
2. "बीजिका फायदेमंद" से ली गई सम्बंध केवल निर्दिष्ट प्रकृति की है। ऐसी या सम्बंध द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रचार ऐसी एवं सम्बंध के बीच का विचार है और "बीजिका फायदेमंद" द्वारा किसी प्रकार का कार्य प्रचार नहीं है। इसीलिए सम्बंध में ऐसी को प्रचार प्रसार और उसे जाने की सभी सम्बंधों ऐसी एवं सम्बंध को होना और "बीजिका" को कार्य प्रचार या सम्बंधों इस सम्बंध में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अग्नीकृती को दिव्य संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 02/04/19.		Dr. Sankar Nag (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं. Sankar Nag (OPHTH)		Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इत्यादि अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इलाका 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इलाका 2		
					