

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देशभास)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0119/2256	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	4/6/19	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	KASEM SARDAR	AGE-YEARS वय-वर्ष:	64	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: जीविका का नाम:	JAFAR SARDAR	SEX लिंग:	M.	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्वास्थ्य अवासीय स्थान पार्ट नं. 63 नाशतवाटी अंगारा बासप्राप्त, नोर्थ 24 पार्गाना, वेस्ट बंगाल				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वास्थ्य अवासीय स्थान — AS ABOVE —				
OCCUPATION: अवधारणा:	FARMER			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक वयः	Rs. 1800 x 12 = 21600/- (Attach Proof of Income) (वय का सही समाप्ति)			
PAN No. एपीएन संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable) आप जर्न वर्त वर्त हैं (जो सब्जेक्ट हो उस पासी का विवरण साझें)				
FAMILY DETAILS समीक्षा विवरण				
Sr. No. संख्या	Name of Family Member समीक्षा के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के सम्बन्ध
1.	KASEM SARDAR	64	M	SELF
2.	MONA TA BURE	52	F	WIFE
3.	SAHANA PARVEEN	29	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित करें।				
EPL Card (Attach Card Copy) गटोंडी रेत के लिए इकान पर (इकान पर की जान भी संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल वाय कर्त इकान पर (इकान पर की जान भी संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) इकान कार्ड (इकान पर की जान भी संलग्न की)	Any Other जन कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गये विस्तृत का उल्लेख:				
Sr. No. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई ड्रिलेशन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT + LE			
2.	SURGERY LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उल्लेख के हेतु कोई अन्य सहायता लियी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED अन्य गई सहायता की मात्रा		

DECLARATION by APPLICANT: मार्गेन्स द्वाय अंग्रेजी चाहे

- 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.
 - 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.
 - 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 लंगड़ा करता हूँ कि इस प्राप्ति से लिये गये राशि योग्य नहीं है। यदि कोई विवरण ऐसे कामों का होता है तो उनमें समावित नहीं हो सकती है।

2) मैं इसके लाभान्वयन "स्ट्रिक्ट चार्टर्सेन्स", से ली जा रही हूँ, जबकि उपलेख कोई बदलाव की आवश्यकता नहीं बिल्कुल नहीं देखा जाता है।

3) मैं अपने कर्तव्य की लिया जाने वाली विवरणों को लाभान्वयन के लिये उपलेख कोई विवरण नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (initials go here)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रति या उपर्युक्त सामग्री का विवरण इस प्रति में दीखता है, उसे "कोलंबिका" एवं जनती, धारा, चापचाप एवं उद्दीपन से युक्ती गोलंबिका और उपर्युक्त से उत्तरोत्तरी ये सामग्री उपर्युक्त है।

2) वे (उपर्युक्त) इस बात के लाभ से इसे योग्य नहीं घोषित करते वे उपर्युक्त सामग्री का उपयोग उपर्युक्त विवरण में दीखता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

Number of genes in next 30 flows



AGREEMENT by HOSPITAL (FIRM AND NAME)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we
hereby declare that the information given above is correct and true.

- (Hospital) hereby affirm & accept the 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.

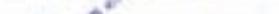
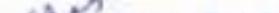
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume 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.

यह अधिकारी प्रत्यक्षी की ओर से व्यवस्थित हो जाएगा। इसके लिए व्यवस्था कुछ विवरणीय की ज़रूरत है, जिसे हम (उपलब्ध) लिख द्वारा से बना सकते हैं।

- 1) यह कि व ही बहुत अधिक में लिखा जाना चाहिए और इसके अन्य संस्करण के लिए भी अपनी अवधि देनी चाहिए। यह कि व ही अधिक में लिखा जाना चाहिए और इसके अन्य संस्करण के लिए भी अपनी अवधि देनी चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्थानिकी वा लिपि संस्कृती

<p>Date of Surgery अंगीकार की तिथि 04-01-2019</p>	<p>Dr. ADRIJAEK MONDAL MS, MS Reg. No. 71388 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इन्स्टीट्यूट का नाम व इन्स्टीट्यूट का संख्या</p>	 Chib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  नम व प्र इन्स्टीट्यूट कीपिट अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION कोशिका फाउंडेशन के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इस्तेश ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इस्तेश 2
---	---