

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रोगपत्र)

Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No.: K/0119/2281 APPLICATION DATE: 09/01/19.

NAME of APPLICANT: ARATI DAS AGE-YEARS वय-वर्ष SEX लिंग
महिला का नाम 56 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RATAN DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: प्रत्यक्ष स्थायी घर
PURBA DHAKTIA SHANKHURA BAGHUNDI
BASURKARI NARITA 24 PARGANAS 743413
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवासीय घर

— AS ABOVE —

OCCUPATION: COOK MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित)
महिला का जैविक जन

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1200 X 12 = 14400/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक जन

PAN No. TREC 5000 0000

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): Yes No
कर वार्ता कर रहा है (जो जन हो उस पर सही का नियम लागत)

FAMILY DETAILS संतान विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member संतान के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अप्पेलेंट के साथ सम्बन्ध
1.	ARATI DAS	36	F	SELF
2.	RATAN DAS	51	M	HUSBAND
3.	SUDHITA DAS	23	M	SON
4.	LILHU DAS	50	F	DAUGHTER
5.	ANU DAS	26	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card/Copy) प्रधानी टेक के लिए उपयोग याइ (उपयोग के लिए साक्षी भी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उपयोग करने उपयोग याइ (उपयोग के लिए साक्षी भी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपयोग करने (उपयोग के लिए साक्षी भी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof करने कीर्ति याइ
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु लिए गए चिह्नित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवासीयादाता से जारी चोरी गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE		
2.	SURGERY - LE (STICS + IOL)		

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता चिह्नित करने के लिए यह हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सही राशि सहायता करी

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा:

- 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 अप्लिकेशन करता हूँ कि इस अवसरे में ऐसी विवाद से जुड़ा काम नहीं करता है; यदि कोई विवाद ऐसा काम करता है तो मैं उसका विवाद भी कर सकता हूँ।
- 2) मैं इस विवाद की "कोशिका प्रयोग-कार्यक्रम", में जीव जीते हैं, जाता रहता जीते रहते हो गृहीत करता है तो इस अवसरे में काम करता है।
- 3) मैं गृहीत करता हूँ कि फिर अवसरे से यह अप्लिकेशन भी चाहता है, जब विवाद का विवरण एवं अप्लिकेशन कार्यक्रम में जीते रहते हो गृहीत करता है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन द्वारा)

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 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 अवसरे का अप्लिकेशन करता है जो कि अप्लिकेशन की गृहीत करता हूँ एवं "कोशिका प्रयोग-कार्यक्रम" की विविधता करता हूँ कि मैं यह अवसरे की विवाद इस अवसरे में जीतता है, जो "कोशिका" एवं नामी, दान, बचावकार्य गृहीत करता है एवं उसकी विविधता की विवाद विवरण में जीतता है जो अवसरे की विवाद विवरण में जीतता है।

2) मैं (अप्लिकेशन) इस अवसरे के अवसरे हूँ कि मैं यह अवसरे, यह अप्लिकेशन की विवाद के अवसरे में जीतता है एवं "कोशिका" एवं उसके विवरण की विवाद विवरण में जीतता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेशन में अवसरे का अप्लिकेशन की विवाद



AGREEMENT by HOSPITAL. (हास्पिटल 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.

इसकी विविधता, इसकी विवरण की विवाद विवरण में जीतता है, जो "कोशिका प्रयोग-कार्यक्रम" में जीतता है, जो इस (हास्पिटल) विवाद के अवसरे की विवाद विवरण में जीतता है।

1) यह विवरण में विवाद विवरण में जीतता है जो "कोशिका प्रयोग-कार्यक्रम" में जीतता है, जो इस विवाद के अवसरे की विवाद विवरण में जीतता है। यह विवरण में "कोशिका प्रयोग-कार्यक्रम" इस अवसरे की विवाद विवरण में जीतता है, जो इस विवाद के अवसरे की विवाद विवरण में जीतता है। इस विवरण में जीतता है, जो "कोशिका प्रयोग-कार्यक्रम" इस अवसरे की विवाद विवरण में जीतता है।

2. "कोशिका प्रयोग-कार्यक्रम" में जीतता है, जो इस अवसरे की विवाद विवरण में जीतता है। यह विवरण में जीतता है, जो "कोशिका प्रयोग-कार्यक्रम" में जीतता है। यह विवरण में जीतता है, जो "कोशिका प्रयोग-कार्यक्रम" में जीतता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संकेतित**

Date of Surgery अवसर की तिथि 04-01-2019	Dr. <u>Shrikant MONDHE</u> MD MS, MBS Reg. No. 71388 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) राजकीय डॉक्टरों का नाम व अवसर की तिथि	<u>Chaitanya Bankar Bagchi</u> Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व उपचार की विवाद विवरण के अधीक्षक
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अप्लिकेशन के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी उपचार 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी उपचार 2
--	--