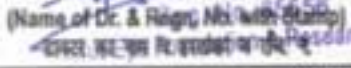
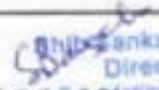
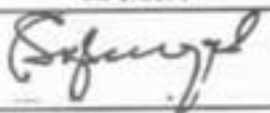


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: K/0249/2308 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 05-01-2019 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: RAM PRASAD ROUTH आवेदक का नाम		AGE-YEARS जन्म-वर्ष 59	SEX लिंग M		
FATHER/SPOUSE'S NAME: FERAZ RAM ROUTH पिता/हस्ताक्षर का नाम				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता 16/A HALDER LAKE, BOWBAZAR, KOLKATA 700027. WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : CONTRACT LABOURER व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME : RS, 1500 X 12 = 18000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. सत्यापित खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): अथ आय आय कर दाता है (को चयन हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ) Yes / No 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.	RAM PRASAD ROUTH	58	M	SELF	
2.	LAKSHMI ROUTH	46	F	WIFE	
3.	KARTIK ROUTH	22	M	SON	
4.	PURVIMA ROUTH	19	F	DAUGHTER	
5.	JYOTI ROUTH	17	F	DAUGHTER	
6.	KRISHNA ROUTH	14	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
“PURPOSE” for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये विधि का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SUCCESSFUL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME “PURPOSE” from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें: 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना विरल की जा सकती है। 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "कोशिका फाउंडेशन", से ले जा रही हूँ, उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांगी गई है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या प्रदर्शन की नहीं हूँ, इस बात का अधिकार या समतल विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार) 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे वित्तियोगों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से सम्बोधित करने के लिये अधिकृत हैं। मैं इस बात का विवरण भी इस बात को ध्यान में रखते हुए करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" ने न्यासीय अधिकृत हैं। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे सम्मान प्रदान करने का अधिकार नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 		
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार) 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. हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर की ओर से प्राप्त/देने की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती/प्राप्त होने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमित प्राप्त की सम्मान में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकार/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल द्वितीय प्रदान प्राप्त करने हेतु/प्राप्त होने हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं ले/प्राप्त करेंगे। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हमस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का प्रचारण होने एवं हमस्पताल को योग्यता का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचारण नहीं है। इसीलिए हमस्पताल में हमारे को सहायता प्रदान और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ हमारे एवं हमस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई प्रचारण या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संशुद्धि		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05-06-2019	Dr. Hari Shanker Nag MBBS, MS, (OPHTH) (Name of Dr. & Regd. M.O. with Stamp) 	 Hari Shanker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व हमस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 