

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation <small>Building block of life.</small>	
APPLICATION No.: K/0110/2526		APPLICATION DATE: 15.01.2019			
NAME of APPLICANT: SUBHAS PAUL		AGE-YEARS: 50		SEX: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DEBENDRANATH PAUL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PANK PARA LAKHIMPUR NIMTA NORTH DONGUM NORTH 24 PARGANAS 746009 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 2000 x 12 = 24000/-		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)			
PAN No. [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / NO			
हम आप आय कर दाता हैं (को मानें जो इस पर सही का चिह्न लगाएं)		हां / 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 अवेदक के साथ संबंध	
1.	SUBHAS PAUL	50	M	SELF	
2.	NAMITA PAUL	46	F	WIFE	
3.	SANJHAMITRA PAUL	28	F	DAUGHTER	
4.	SANGEETA PAUL	20	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनोदी का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
Sr. No. क्रम संख्या					
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (3/23/10)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के 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 लगी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: **जारीकर्ता द्वारा घोषणा है:**

- 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 शपथ करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथ सहाय्य प्राप्त करता है जो मेरी सहाय्य प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं प्रत्यक्ष रूप से सहाय्य यदि "कीटिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग/प्राप्त है।
- 3) मैं शपथ करता हूँ कि मैं इस सहाय्य हेतु या प्रत्यक्ष की नहीं है, उस दावा या अतिरिक्त या सहाय्य विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगारदाता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (add to box)

- 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/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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयक इस प्रपत्र में जोरखत है, उसे "कोशिका" एलम् न्यासी, दान, धारकत्वक एवं उद्घरण से मुझे पब्लिश/पोस्ट/उपलब्धि के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में हित् अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विषयक मेरी इच्छा के पालने का कार्य करने में हित् "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषयक को कि सहायता के उद्घरण से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एलम् उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और अप्रकारणी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

सत्यमेव जयते



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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.

इससे अतिथि, इलाखी को जीव से आनेलेपने को "कोशिका प्रजनन" से विभिन्न प्रजाति में विभाजित की जाती है, जिसे इन (हमारे) विभिन्न प्रजाति से आने व अनेकाल जाती है।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

कवीकृतो के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/01/19	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. -55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद दे	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय अस्पताल हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इलाका 2	
		