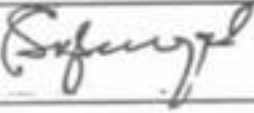


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life					
APPLICATION No.: K/0119/2660		APPLICATION DATE: 19/01/19					
NAME of APPLICANT: PURNENDU BHOWMIK		AGE-YEARS: 57	SEX: M				
FATHER/SPOUSE'S NAME: PRAHLAD BHOWMIK							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 81/10 ANANDA CHANDRA KHATTI ROAD (PREMISES NO. 81/77D II/I) SO DAKARA KOLKATA NABO-46 WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE							
OCCUPATION: Rickshaw Puller		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1500 x 12 = 18000/-		(Attach Proof of Income)					
PAN No. [Blank]							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No							
FAMILY DETAILS							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1	PURNENDU BHOWMIK	57	M	SELF			
2	SUCHITRA BHOWMIK	51	F	WIFE			
3	DEBASHEE DAS	29	F	DAUGHTER			
4	MAHASTI MAHASTI	27	F	DAUGHTER			
5	TAPASI SAMADYA	21	F	DAUGHTER			
6	SANJAY BHOWMIK	25	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र		आय वर्ग एवं प्रमाण पत्र		उपभोक्ता कार्ड		अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु किये गये विपत्ती का उद्देश्य:							
Medical Reports/Prescriptions Attached							
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न							
1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE							
2. SURGERY - RE (SICSTALOL)							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED					
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम	रु. या सहायता की राशि					

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर: 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सत्य माना जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है। 2) मैं इस बात को सत्यापन दूंगा कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मांगी गई है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में परत प्राप्त है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।	
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 आवेदक द्वारा या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, एन, एम्प्लॉयर द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" न लगेगी अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के द्वारा या अंगुठी 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 this matter. इसके अधीन, हमारे द्वारा, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा, हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से मान्यता प्रदान करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार की सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये मांगी गई है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये मांगी गई सहायता को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर हमें "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि सहायता के लिये मांगी गई है, उसे हम (हस्पताल) द्वारा ही पूर्ण सहायता या किसी अन्य स्रोत/उद्देश्य का उपयोग हेतु प्रदान की जाएगी। जो भी सहायता प्रदान की जाएगी, वह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी प्रदान नहीं है। इसलिये हमें (हस्पताल) में प्रदान की गई सहायता और अन्य स्रोतों की सहायता प्रदान करने की सारी जिम्मेदारी हमें ही होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 19/01/19	Dr. Anjanjay Giri MBBS, MS Reg. No. 60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप
Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 