(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 10 **Duilding block of life** APPLICATION No. 1 0234 आधेदन तिथी अववेदन संख्या : AGE-YEARS SITS-IT SEX RIT NAME of APPLICANT : MENOKE MAJHI 60 F आवेदक का भाग FATHER'S SPOUSE'S NAME : LAL MOHAN MAJHI. पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS RÉGIS ARRIVES VILLE DE LA PARGANAS WEST BENGAL FAKIR BAGAN PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 2415 3000004 400 AS ABOVE OCCUPATION: MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (व्यविवाहित) HOME MAKER. व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: PS. 2000 x12 = 24000/ (आय का साक्ष्य संलग्न) बुल वार्षिक आय PAN No. THIS BIRS HIGH Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हां / नहीं क्या आप आद कर दाता है (भो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विवारण Relation with Applicant Age (Years) Gender Name of Family Member 仲 आवेदक के साथ सम्बध उम्र (वर्ष) परिवार के सदस्यों का नाम क्रम संख्या MENTOKE MAJHI HILAM MANINGUN THEAM MARIN CLE Sa CONT COM. 3. DIPAK BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति अष्टपार **BPL Card** Ration Card (Attach Copy) **EWS Certificate** Any Other (Attach Card Copy) (Attach Certificate Copy) Basis/Proof उपभोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमान पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रयाम पत्र की जाय प्रति संसार को। (प्रयाग पत्र की छाथा प्रति शंतान करे। (प्रयान पत्र की कावा प्रति संशान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतू किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पतास/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या ATARACT -SURGERY- RE (SICE+UBL) ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्टोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. शी गई सहायता राशी क्रम संख्या अन्य स्थोत का नाम

DECLARATION by APPLICANT: SERVE THE VEHICLE VI.

- I horeby 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 घोषणा करत हूँ कि इस प्रकार में दिये गये सभी विकास मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सभी है। चर्द कोई विकास एवं कथन असास पाया जाता है से मेरी सहस्था निवस्त की वट सकती है।
- में छठ जे स्वास्थ्य एकि "क्लिक फाउन्टेक्न", से ले जा थी है, उसका अपनेप उसी प्रदेश की पूर्व के लिये किया करेगा, जो इस प्रकार में परा गया है।
- मै पुष्ट करत है कि जिस सहायत हेट यह प्रार्थन को गई है, उस ग्रांत का अतिक या सकत दिश्या किसी अन्य खोत/नियोक्क/बीम कम्पनी से न तो तिया है और न ही पविष्य में सूँग।

AGREEMENT by APPLICANT (SINCE DR WIR)

- 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/schievements. 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्न पर अपने इस्ताधार पर अंधने की छार स्ताकर, में (अवनेटक) अपने सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉरिका फाउंडेशन और उसके न्यामीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा पाम, प्रण, फोटो और को निवस्त इस प्रपत्न में पंतिक है, उसे "कोतिका" एवम् न्यासी, एतः, यावकाया पूसरे उपूरेण से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का निवस्त मेरे प्रसार माध्यम
- 2) में (आवंदक) इस बात से महपत हूँ कि मेर नाग, पता, फोटो और कियान को कि सहायता के ठर्देश्यों से प्रार्थित है मुझे क्यत: सहायता का इकदार नहीं कराया इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम उसके प्रार्थित का निर्णय और वाध्यकार्य शोगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के संख्यार या आंद्रे का निवान



AGREEMENT by HOSPITAL (\$1958 \$50 WOR)

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 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.

हमारे अधिकृत, हम्लाहारी को अंद से मामादेशीयों को "कोशिका जाउन्हेशन" से विशिष सहापता हैंदू किसीता की काती हैं, जिसे इस (इस्पतान) दिन्न प्रकार से क्ष्म व स्वीकार करते हैं।
1) यह कि द तो वर्तपाद और न ही यदिष्य में जिल्ला सहायता किसी मेर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मामाने में तेंगे या तो रहे हैं, वैसे कि इसने "कोशिका फाउन्हेंगन" से सिकाशिका किसी अन्य में "कोशिका फाउन्हेंगन" हम सहस्यता विनार असीतिक सकता है तो अस्मामान से सामाया की किया जाता है तो अस्मामान की सम्बाद या किसी अन्य समायता से सहायता लेने का अधिकार मुर्चिक सकता है। इस पृथ्य में इस्थ्य कहा बाता है कि अस्थानता दिवीय मदद उक्त रोगी/मामाने हेंदू किसी मैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साथद से नहीं लेगा/सेगी।

2. "क्रोतिका फाउन्देशन" से तो गई सहायता क्रंबल विशिव प्रकृति को है। रोगी पर हम्मकल द्वार में गई सलाह या किमें गर्व उपकारप्रक्रिया का चुन्न रोगी एवं इस्पतात के बोध या विषय है और "क्रोतिका फाउन्देशन" द्वार किसी प्रकार का कोई एकाव गत्री है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाज मुख्या और आने जाने की सारी विश्मीदारी रोगी एवं इस्पताल की होती और "क्रोतिका" को कोई जूमिका या विश्मीदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति Sankar Bagchi Date of Surgery Anisak Mondal ऑप्रेशन को तारीख (Name, Designation & Startp of Authorised Signatory 10/05/10 on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) न्या व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी टापटा का नाम वे इस्ताक्षा व रवि. न. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनरिक उपयोग हेत SIGNATURE of TRUSTEE 2 SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी इस्तक्षर 2 न्यासी इस्ताधर 1