

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता ढेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य एवं सेवा)

 Koshika
foundation

APPLICATION No.: K/0419/0896
उपर्युक्त संख्या :

APPLICATION DATE : 16/८/१७
अप्प्लिकेशन दिनांक

NAME of APPLICANT : माधव साहा

AGE-YEARS ३५-४६ SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RADHESHYAM SAHA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
41/D/58, MURARI PURUR ROAD, ULTA BAZAR
MAIN ROAD, KOLKATA 700067, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : भूमि अवासीय स्थान

— AS ABOVE —

OCCUPATION: UNEMPLOYED

MARRIED (夫婦) / UNMARRIED (夫婦外)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2000 x 12 = 24000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. 357 000 000

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):

Yes / No

FAMILY DETAILS घरीवा विवर

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.	MADAN SAWA	74	M	SELF WIFE
2.	JYOTSNA SAWA	57	F	DAUGHTER
3.	GOURI SAWA	47	F	SON
4.	BISHU SAWA	43	M	SON
5.	RAJU SAWA	40	M	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) जप्तवारी रोका के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जापा त्रैती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अपार्टमेंट प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जापा त्रैती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जापा त्रैती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कठोर संदर्भ
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

ਸਾਡਾ ਹੈ ਕਿਸੇ ਸ਼ਬਦ ਦਾ ਵਰਤੋਂ:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई प्रीविएट सूची संलग्न
1)	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2)	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVALIABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
को असेही के लिए कोई अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता मिली है?

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 अवेदक कहता हूं कि इस प्रकाश में दिये गये अपने विवरण से जुड़ी कठोरती के अनुसार यह एवं सत्त्व है: यदि कोई विवरण ऐसे कठोर बनाये जाते हैं तो मैं उन्हें बदलना चाहता हूं।
 - 2) मैं द्वारा जौहाना चाहिए यही "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा चुका हूं, आगे उपरोक्त नाम उपरोक्त की भूमिका के लिये विद्या बनाने, जो इस प्रकाश में भट्टा गया है।
 - 3) मैं दूसरी कठोरता हूं कि विद्या बनाना ऐसा भट्टा गया है, जो अधिक यह विवरण किसी अन्य स्थानप्रियोक्ताकी बानानी से ज्यादा खाली है और न ही अधिक में सूखा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अवेदक द्वारा कहा)

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकाश पर अपने हस्ताक्षर या अपने जो उपलब्ध करते हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" और उसके न्यायोदीर्घे के अधिकृत कठोरता हूं कि यह नाम, छात्र, छात्रों और जो विवरण इस प्रकाश में घोषित है, उसी "कोशिका" द्वारा नामांकन, डॉ. यादवाचार्य द्वारा उद्देश्य से दुसरी गठितीयोदीर्घे और उपलब्धियोदीर्घे के लिये विद्या भी उपरांत घोषित होते हैं।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मैंने नाम, छात्र, छात्रों और विवरण जो कि बनाना के उद्देश्य से घोषित है युक्त नाम: बनाना का हक्कदार नहीं बनता। इस मानवों में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोदीर्घे का विवरण अधिक और बाधकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक के हस्ताक्षर या अपूर्णे का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा कहा)

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:

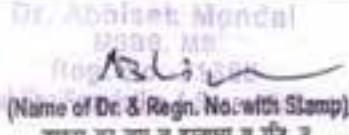
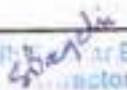
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इन्होंने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर मैं यादवाचार्य को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण बनाना ऐसु विश्वास की जाती है, जिसे इन (हस्पताल) द्वारा प्रकाश से बन्द या स्थिरकर करते हैं।

- 1) यह कि न से कठोरता ही न ही यादवाचार्य में विवरण बनाना विद्या ग्रन्थालय संस्थान का विद्या अन्य संस्थानों में सौने या लै जाए है, जैसे कि इसके "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणादाता उक्त के धन्यवाच में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यद्यर है कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बनाना विद्या अधिकारालय से दुसरे यादवाचार्य जीवि विद्या बनाने की असम्भवता हो तो असम्भवता विद्या अन्य ग्रन्थालय संस्थान का विद्या अन्य संस्थान से सहमत लैने का अधिकारा सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्वतंत्र कठोरता जाता है कि असम्भवता द्वितीय चरण उक्त एंटीचापत्रों से दुरु किया जाए।

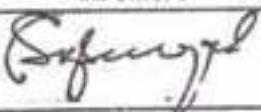
2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो नहीं यादवाचार्य संस्थान विवरण प्रदूषित की है। दोनों या उभयात्मक द्वारा यह विवरण ग्रन्थालय की यादवाचार्य और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विद्या अन्य का कोई दस्तावेज नहीं है। इसलिये हस्पताल में दोनों के इतावत सुनाया और जाने जाने की अपेक्षा दोनों यह एवं इस प्रकाश की होती है कि "कोशिका" द्वारा यादवाचार्य का विवरण द्वारा बनाने में यही होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंपत्रक की तारीख 16/12/19	Dr. Abhishek Mondal MD, MR  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दास्तावेज का नाम यह इस्तेवार व राय, न.	Shri.  Bagchi Incharge Medical Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम यह पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राजीक उपचारण हैन्

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्पताल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्पताल 2

