

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life.	
APPLICATION No.: K/11119/1967 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 4/11/2019 अवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: MAHRANI DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS अनु-वर्ष 64	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BISWANATH DAS पिता/हस्तु का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता 5717/Hillig B T ROAD, RAHULA BAGAN, KOLKATA 700002, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION: HOUSEWIFE व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2300 X 12 = 27600/- कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आप का सक्षम प्रमाण)		
PAN No. क्या है छात्रा संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाख हैं (जो मन्त हो उस पर च्छी का निशान सकरो।) 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 से सम्बन्ध	
1.	MAHRANI DAS	64	F	SELF	
2.	SUSHIL KUMAR DAS	67	M	HUSBAND	
3.	SUDANSHU DAS	33	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) इप्लैकेट कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गले विनति का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिविरेन भुची संलग्न				
1.	DIAGNOSTIC — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LECISICS + IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिप्त गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: **सर्वेष्टक ह्म शेवतल रज:**

- 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 यहाँ पर कतार दूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्णतः कथन असत्य पाया जाय तो मेरी सहायता निरस्त भी हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि "कौशल विकास प्रशिक्षण", से ही यह सही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य को पूर्ण करने किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परत गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि निरा सहायता हेतु यह प्रारूप को नहीं है, इस सहायता का वित्तिक का प्रयोजन निरस्त किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही लियेगा मैं होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (အသိပေးသူ၏ သဘောတူမှု)

- 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/schilevements. 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पितकर्ता) अपनी धारणा को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और कोई भी विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासीय, राज, साधक/या दूरसे दर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किया जा सके।
- 2) मैं (अर्पितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इकाएरा नहीं बरखा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उसकी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्षित हो हालांकि यह अंगुठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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:

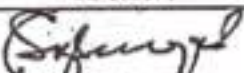
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 अतिरिक्त, इसकाफी को और से सम्बन्धित/पैगी को "कोरिडोर फंडाबेस" से विविध प्रभावना हेतु रिजर्वीस की जाती है, जिसे इन (सम्बन्धित) विभिन्न प्रभाव से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संसति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/11/2019	Dr. Nallathambi KATHIRAMOSI MBBS, DLO, ONS Reg. No. 43729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाखार व रजि. नं.	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाखत अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्वीक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाखार 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाखार 2 