

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : <u>K/1119/1981</u> अवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : <u>5/11/2019</u> अवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : <u>BABU RAJBANSHI</u> अवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>50</u>	SEX लिंग <u>M</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>GITA DAS BANSHI</u> पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता <u>JYOTI KOLANI, KAHARA, NORTH 24 PAR.</u> <u>DANAS FORT, WEST BENGAL</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता <u>AS ABOVE</u>				
OCCUPATION : <u>FARMER</u> व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>RS 2100X12 = 25200/-</u> कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)		
PAN No. <u>स्थायी खाता संख्या</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चूकी का निशान लगाएं) 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 अवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	<u>BABU RAJBANSHI</u>	<u>50</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>GITA DAS BANSHI</u>	<u>47</u>	<u>F</u>	<u>WIFE</u>
3.	<u>ASIM DAS BANSHI</u>	<u>24</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु, किये गये विवरण का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</u>			
2.	<u>SURGERY — RE (SIOL + IOL)</u>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से वही मदद ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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.

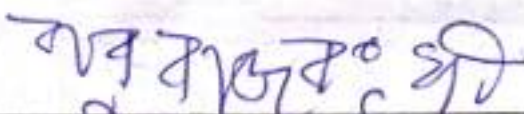
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest 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 दिये गये हस्ताक्षर, मैं (आवेदक) आवेदक घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगे गए, पत्र, सम्पर्क सूची, उत्तरों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विवरण प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निराकरण केवल उद्देश्य के पालन या कर मेरे मामले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मांगी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उत्तरों से प्रकाशित है मुझे सहायता का हक्क नहीं देता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिये गये निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली 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 & except 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 the matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी तो हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि सहायता के लिए हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

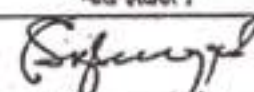
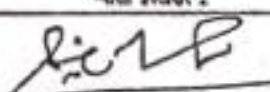
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या निम्न गैर-वित्तीय सहायता का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी का निवास है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर प्राप्त और करने वाले को सही विवरणों रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/11/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  Dr. Archya Das MBBS, MD Surgeon Koshika Foundation	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  Shashi Kumar Bagchi Surgeon Koshika Foundation
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	--