

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1119/1982 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 5/11/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: LAKSHI GAIN आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 61	SEX लिंग F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: GAUR GAIN पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>TRINATH PALLY, BIDHANNAGAR, NORTH 24</u> <u>PARGANAS 700105, WEST BENGAL</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u>				
OCCUPATION: DOMESTIC HELP व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 X 12 = 22800/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. <u>XXXX XXXX XXXX</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं):				
Yes / हाँ		No / 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 के साथ सम्बन्ध
1.	LAKSHI GAIN	61	F	SELF
2.	GAUR GAIN	66	M	HUSBAND
3.	KABI GAIN	36	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) व्ययोजक कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SLCS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु पहले अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: **जानेका दाद भोग्नेछु।**

- 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 Kashioka 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मेरी प्रार्थना है कि "कौशिका फाउंडेशन", से होने वाली इस, सहायता उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग पाया है।
- 6) मैं यही स्पष्ट करता हूँ कि इस सहायता को यह प्रयोजन नहीं है, इस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण विस्तार किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न हो रहिये न ही होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (and/or its agent)

- 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/produce 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/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 प्रश्न का उत्तर इस प्रकार या अर्थात् की प्राप्त सहायता, मैं (अर्थात्) अपने छात्रों को मुक्ति प्राप्त है एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, छात्र, कर्मचारी द्वारा उद्देश्य से मुझे सौंपे/प्रसारित और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे छात्रों के पता या नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का उपयोग नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" एवम् उसके भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अन्यथा नो ह्यतथा न भवेत्तथा नित्यम्



AGREEMENT by HOSPITAL (HIVIR HU WOK)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Affiliates) hereby affirm & accept following:

- 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 स्पष्ट है, इसलिए ही को और से आचार्य/प्रेमी को "कॉलिका फाउंडेशन" से विभिन्न प्रस्ताव देते विचारिता की जाती है, जिसे हम (समयान्त) विभिन्न प्रस्ताव से आचार्य से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वेक्षण और न ही परिवर्धन में विहित साधन किसी नैर साक्षी संस्था या किसी अन्य तहत से उक्त ऐंटीपायमेंट में लेंगे या से रहे हैं, जैसे कि इनमें "बॉडिफा फायनंसेस" से विपरीतविविधिता प्राप्त के समान में "बॉडिफा फायनंसेस" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "बॉडिफा फायनंसेस" द्वारा साधन विपरीत वित्तिय/साधन हेतु पदर नहीं किया जाय है तो साधन किसी अन्य नैर साक्षी संस्था या किसी अन्य साधन से साधन लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस धृष्टि में साथ कहा जाय है कि अस्पताल विपरीत पदर उक्त ऐंटीपायमेंट हेतु किसी नैर साक्षी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।
2. "बॉडिफा फायनंसेस" से ही नई साधन कोन विहित प्रवृत्ति की है। ऐंटी पा इस्पताल द्वारा ही नई साधन या विपरीत से उक्त/प्रतिपाद का सुचारु लेने एवं इस्पताल के बीच का विपरीत है और "बॉडिफा फायनंसेस" द्वारा किसी प्रकार का कोई पदर नहीं है। इसलिये इस्पताल में ऐंटी पा इस्तम सुख और अन्य अन्य की सारी विनियमों ऐंटी एवं इस्पताल की लेने और "बॉडिफा" को कोई परिभाषा या विनियमों इस मायमें में नहीं छोटी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्त्रोत की तिथि 5/11/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पंजी नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 विश्वसिद्ध इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 विश्वसिद्ध इलाका 2	
		