

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. 1: K/11119/1997 APPLICATION DATE: 6/11/2019

NAME of APPLICANT: MAFIJUL BISWAS AGE-YEARS: 51 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DECHAR BISWAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: RAMANARAYANPUR, DAKSHIN PARA, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS 743428, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 X 12 = 19200/-

(Attach Proof of Income)
(आप का सक्षम प्रमाण)

PAN No. सत्या संख्या

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

Yes / NO
हां / 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	MAFIJUL BISWAS	51	M	SELF
2	ABITA BIRI	48	F	WIFE
3	HABIB BISWAS	23	M	SON
4	SABERA BIBI	20	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन श्रृंखला
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2	SURGERY — RE (STCST IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हरी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰੰਘਿਤ ਹੋਰ ਘੋਸ਼ਣਾ ਹੈ:**

- 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 प्रश्न में दिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्व उक्तपत्र प्राप्त हो चुका है तो मेरी उदाहरित निवेदन को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन", से सीधे ही मदद ली, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रश्न को नहीं पूछ रहा हूँ, बल्कि वह व्यक्तिगत या सरकारी किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले सकता हूँ और न ही भविष्य में ऐसा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING EMP #00)

- 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/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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपने छात्रों को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, मासिक पत्र, दूरदर्शन से जुड़े कार्यक्रमों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार सम्पन्न हो प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है पुष्टि करता हूँ कि सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा इससे न्यायियों का निर्णय अंतिम और सम्पन्न होना होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कबूल)

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.

1.) यह कि न तो व्यक्ति और न ही व्यक्ति में विभिन्न सामाजिक किसी एक सामाजिक संस्था या किसी अन्य संस्था से उदात्त ऐतिहासिकता से होने या तो होने है, जैसे कि हमने "कोलिका फाउन्डेशन" को विकसित/विकसित उदात्त के सामान्य के "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सामाजिक विपरीत व्यक्ति/संस्था है। यह प्रारंभ नहीं किया जा रहा है कि सामाजिक किसी अन्य एक सामाजिक संस्था या किसी अन्य संस्था से उदात्त होने का अधिकार सुनिश्चित नहीं है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाता है कि सामाजिक द्वितीय प्रारंभ उदात्त ऐतिहासिकता है।

2. "कॉलेजियल फायनॅन्स" को भी नई संरचना के तहत विधिवत प्रकृति दी है। ऐसी नई व्यवस्था इस दो नई भागों में विभक्त की गई है तथा कॉलेजियल फायनॅन्स को दो भागों में विभक्त किया है और "कॉलेजियल फायनॅन्स" इस विधि प्रकाश का कार्य प्रकाश नहीं है। इसीलिए व्यवस्था में ऐसी नई व्यवस्था प्रकाश और अन्य नई नई विधियों ऐसी नई व्यवस्था की होती है "कॉलेजियल" की नई प्रकृति नई विधियों में नई होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 6/11/2019	Dr. N. Maheshi Karan M.D., CO. ONS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. Kar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉन व डॉ. का हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसी हस्ताक्षर 2 	