

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेत् आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	<b>Koshika</b> foundation <small>Building Block of Life.</small>
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : KJ 1119   2008	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 7/11/2019	AGE-YEARS वय-वर्ष : 76	SEX लिंग : F
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : KALYANI HARI			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पितृ/स्त्री का नाम : ANADI HARI			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान अवासीय स्थान : GO/2 GADDI CHANDRA PAS ROAD, SALNPALA, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS, 743952, WEST BENGAL		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्वास्थ्यानुसारी अवासीय स्थान : — AS ABOVE —	
OCCUPATION : अवस्थाय : HOMEMAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं) (Attach Proof of Income) (अपने का साथ संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : RS 1900 X 12 = 22800/-			
PAN No. स्टार्ट नंबर संख्या :	Yes / No हाँ / नहीं		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता है (जो आय हो उस पर आय का नियन साधा है)			
FAMILY DETAILS परिवर्त विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग
1:	KALYANI HARI	76	F
2:	SURBATA HARI	44	
3:	MILE SARKAR	41	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) राजपत्र के लिए चिह्नित आवश्यक			
BPL Card (Attach Card Copy) गटिये रेता के लिए उपयोग पाये जाने वाले भौतिक प्राप्ति कार्ड	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) मध्य व्यापारी उपयोग पाये जाने वाले भौतिक प्राप्ति कार्ड	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (उपयोग की जाय वाली भौतिक प्राप्ति कार्ड)	Any Other Basis/Proof अन्य किसी साधन
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: राजपत्र देते हुए लिखी जानी वाली उद्देश्य :			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/पर्सिपर से जारी की गई डिलिव्री बुड़ी संहारण		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED इसी गई सहायता की मात्रा	



**DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा घोरणा का:**

- 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 प्रेषित कानून के इस ज्ञान में दिये गये सभी विवरण से ज़रूरती हो सकता है वह उत्तम है। ऐसे वर्तमान एवं कल्याण असुल यथा यथा है तो मैं उसका विवरण को ज़रूरती है।
  - 2) मैं इस ज्ञान की "कोशिका फाउंडेशन", जो ही यह है, उपर्युक्त यही उद्देश्य को पूर्ति के लिए विवरण दिया है, वह इसके बाहर नहीं रखा गया है।
  - 3) मैं पुरुष कानून के द्वारा उपलब्ध को यह है, उसी तरीके से सकारात्मक विवरण को ज़रूरती हो सकता है वह नहीं रखा गया है।

**AGREEMENT by APPLICANT: (अप्पेलेंट द्वारा करना)**

- 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 मैंने इसका या अन्य की पात्र सम्मति को पुरुष कानून के द्वारा "कोशिका फाउंडेशन और उसके नियमों" को अधिकृत करते हैं कि देख कर, चल, छोड़ और ये विवरण इस ज्ञान में दीखते हैं, उसे "कोशिका" एवं नामों, नाम, सम्बद्धता या यूनिट उद्देश्य से जुड़े विवरणों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार व्यवहार में प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। मैंने प्रकाश पर विवरण में सहायता के उद्देश्य के लिए विवरण को देखा तो उसका यह उद्देश्य से जुड़े नहीं है।
  - 2) मैं (अप्पेलेंट) इस कानून के उपरान्त है कि मैंने कानून, प्रति, छोड़ और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से जुड़े हैं युक्त नहीं हैं। सहायता का उद्देश्य नहीं उपलब्ध है।
  - 3) "कोशिका" एवं उसके नामियों का विवरण अधिकृत और सम्मती दी गई।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अप्पेलेंट के उपलब्ध के अनुसुन्दर वा विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL: (उपलब्ध द्वारा करना)**

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 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.
- इस अधिकृत, उपलब्ध के लिए सम्मती को देने के लिए विवरण में "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण देने की वाली है, जिसे हम (हास्पातल) निम्न प्रकाश से देख या सम्मत करते हैं।
- 1) यह कि हम जो उपलब्ध के लिए उपलब्ध किसी भी साक्षरता संस्थान या नियम अनुसार सेवा के लिए या देखे हैं, वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणीकृति उठाकर को इसका एवं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उपलब्ध किया गया है तो उसका यह उपलब्ध किसी अन्य भी साक्षरता संस्था या नियम अनुसार सेवा का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में सहायता का उपलब्ध होने वाले हास्पातल के उपलब्ध उपलब्ध या देखे होने वाले सेवाओं की।
  - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही नहीं सहायता की जाने वाली विवरण अनुचित है। हमें यह सहायता द्वारा नहीं उपलब्ध की जानी चाही विवरण अनुचित है। यह विवरण अनुचित है कि उपलब्ध किसी अन्य उपलब्ध के लिए विवरण अनुचित है। इसलिए हास्पातल ने हमें यह सहायता द्वारा नहीं दी जानी चाही विवरण अनुचित है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

समीक्षकी को दिए गए संकेत

Date of Surgery मर्मोत्तर की सरीरा <i>7/11/2019</i>	Dr. Neelima Karan M.B.B.S., D.G.O., D.H.B. Reg. No. 63729 (Name of Dr. & Regn. No./with Stamp/Signature) संस्कार का नाम या उपलब्ध का नाम है	<i>S. Bagchi</i> S. Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम या नाम हास्पातल अधिकारी की संकेत
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

मन्त्रीकृत उपलब्ध हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामीकृत उपलब्ध 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामीकृत उपलब्ध 2 <i>[Signature]</i>
--	--