

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/111/9/2016 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 7/11/2019 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: HARENDRA NATH DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 63	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MATI LAL DAS पिता/पत्न्य का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>40514 NUTAN GRAM ROAD, SHYAMNAGAR, BHATPARA, NORTH 24 PARGANAS 743327, WEST BENGAL</u> वर्तमान निवासस्थान का पता			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u> स्थायी निवासस्थान का पता			
OCCUPATION: <u>HOME MAKER</u> व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>RS 1500 X 12 = 18000/-</u> कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत प्रस्तुत करें)	
PAN No. <u>उपरोक्त खाली</u>			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):			
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
1.	HARENDRA NATH DAS	63	M
2.	INDRA KARAN DAS	60	F
3.	HENA DAS	33	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
SELF			
WIFE			
DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनति का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्थापना/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन शुरुवी संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु 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 AVAILED शीर्षक सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: (अवेक दाग फोरम फॉर)

- 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 दाग करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दाग करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं यह है, उक्त सहायता को केवल मेरे द्वारा दिये विवरण के लिए ही उपयोग में लाया जायेगा।
- 3) मैं यहाँ पर दाग करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेक दाग फॉर्म)

- 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेक) अवेक दाग करने की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उक्त "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी छवि, पता, सम्पर्क सूची इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रार्थना करते हैं। मैं सहमत हूँ कि इस प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित नहीं किया जायेगा।
- 2) मैं (अवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, मेरे द्वारा सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जायेगा। इस सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उक्त सहायता का प्रयोग और सहायता दी जायेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Harindra Nath Das

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दाग फॉर्म)

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग के लिए या ले रहे हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु समुदाय की सहायता है तो हमारा किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा हस्तक्षेप केवल वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश के लिए होता है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमारा दाग है कि मैं सहायता या बिना मेरे सहायता/सहायता का चुनाव लेने एवं हमारा कोई भी सहायता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इससे हमारा दाग है कि मैं सहायता लेने और सहायता लेने की जिम्मेदारी लेने एवं हमारा कोई रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" की कोई जिम्मेदारी या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery सर्जरी का तारीख 7/11/2019	Dr. Nalini Karan MBBS, D.O., DNB Reg. No. 83728 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. Anker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>