

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life.		
APPLICATION No.: K/1119/2021 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 7/11/2021 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: ASHOK SHAW आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 61	SEX लिंग M	
FATHER/SPOUSE'S NAME: PARTIYAG SHAW पिता/कटुम्ब का नाम		 		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 28 KATADANGA, FINGAPARA, BHATPARA, NORTH 24 PARGANAS 743129, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 X 12 = 22800/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
PAN No. सवाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	ASHOK SHAW	61	M	SELF
2.	ANUPATI DEVI	57	F	WIFE
3.	GANESH SHAW	29	M	SON
4.	MANAJ KUMAR SHAW	34	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार				
EPL Card (Attach Card Copy) महिली रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ जोड़ि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ जोड़ि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु: किये गये विवृति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पुष्टि संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (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 ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: I solemnly confirm that:

- 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 अपना कदम है कि इस प्रक्रम में निम्न गये सभी विभाग में से जल्दारी के अनुसार कार्य एवं सही है। यदि कोई विभाग एवं काम अलग पाया जाता है तो मेरी बहालगी निलाल की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक प्रति "कॉलेज फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग सभी विभाग की पूर्ति के लिए बिना अवरोध, जो इस प्रक्रम में पाया गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि जिस सहायक सेट्स का प्रयोग की गई है, उस प्रति का कॉलेज या सहायक विभाग किसी अन्य प्राधिकृतिकरण/योग्य कम्पनी से न हो लिया है और न ही अधिक्य में मुद्रा।

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 प्रश्न का अपने उत्तराक्षर का अंशों की सहायता, मैं (आवेदक) अपनी समीक्षा की पुष्टि करता हूँ एवं "बौद्धिक संप्रतिष्ठा और उसके माध्यमों" को स्वीकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "बौद्धिक" समूह, जहाँ, समझना समूह उद्देश्य से मुझे प्रतिस्पर्धी और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रदर्शित करने के लिए स्वीकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे उत्तर के पक्षों का नाम मैं करने के लिए "बौद्धिक संप्रतिष्ठा" में स्वीकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और निवारण को निवारण के उद्देश्यों से प्रदर्शित है मुझे सत्य: साक्षात्ता का हकदार नहीं करता इस सम्बंध में "बौद्धिक" समूह उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके होंटों पर हास्यपूर्ण या अंगुली का निशान

31211 on 21K

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिकतर, इसकायी की ओर से मजदूरोंकी को "कोहिवा फाउन्डेशन" से मिलित सामग्य हेतु विपणित की जाती है, जिसे हम (हालात) जिन प्रयत्न से काम च चलीकर करते हैं।

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही परिधि में विहित सामग्री किसी एक शाखाओं संस्था या किसी अन्य स्तर से उठा लेनी/घमले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोटिका फायरवेला" से डिजिटल/डिजिटल उठा के सामग्री में "कोटिका फायरवेला" द्वारा पदर देना कि है। यह "कोटिका फायरवेला" द्वारा सामग्री विधि अधिनियम/घमले हेतु समुद्र की किमि प्राप्त है तो अस्पताल किसी अन्य एक शाखाओं संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सामग्री लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उठा लेनी/घमले हेतु किसी एक शाखाओं संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/घमले।
2. "कोटिका फायरवेला" से लेनी या सामग्री कोषा विधि प्रकृति की है। लेनी या सामग्री द्वारा लेनी या सामग्री या विधि लेनी या सामग्री/अधिमान या प्रमुख लेनी एवं इन्साल को लेनी या विधि है और "कोटिका फायरवेला" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायम नहीं है। इसलिये इन्साल में लेनी के सामग्री सुरक्षित और लेनी या लेनी की सभी विधि/लेनी एवं इन्साल की लेनी और "कोटिका" की कोई अधिकार या विधि/लेनी इस मामले में नहीं होती।

स्वीडिश के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/11/2019		Dr. Nalini Keren M.B.B.S. D.O. DNB (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर पंक्ति में		Shiba Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2		
					