

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1119/2214		APPLICATION DATE: 16/11/2019	
NAME of APPLICANT: RAMANATH PRASAD		AGE-YEARS: 69	SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHAWAH NATH PRASAD			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 9, MUNDHIAZAR, TANGRA, KOLKATA 700015, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 x 12 = 20,400/-		(Attach Proof of Income)	
FAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1	RAMANATH PRASAD	69	F
2	SHAWAH NATH PRASAD	35	M
Relation with Applicant			
SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Medical Reports/Prescriptions Attached			
Sr. No.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE		
2	SURGERY - LE (STEP + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुन घोषणा छः

- 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 दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने में असमर्थ हो या सत्य नहीं है, तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि यदि मैं "कॉलेज फंडेशन" से सहायता प्राप्त करूँ, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में दिया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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 प्रपत्र का अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपने छावनी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके मासियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रपत्र में संलग्न है, उसे "कोशिका" एन.सी.आई., रा.न.संस्था द्वारा उत्प्रेषण से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व मासियों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उत्प्रेषण से प्रार्थित है जुड़े सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एन.सी.आई. मासियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षित की जा सकती है कि अंग्रेजी का निदान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्तव्य)

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 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.

आगे ललिताना बाबासाहेब को और दो सहायते/दोषी को "सोशियल फायनेंस" के विविध सहायता हेतु लिखारिता की जाती है, विरले रूप (बाबासाहेब) विना प्रकाश से आनंद व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में 'बौद्धिक संपदा' शब्दों का प्रयोग किया गया है। बल्कि 'बौद्धिक संपदा' शब्दों का प्रयोग केवल 'बौद्धिक संपदा अधिनियम, 1999' में ही किया गया है।
2) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में 'बौद्धिक संपदा' शब्दों का प्रयोग किया गया है। बल्कि 'बौद्धिक संपदा' शब्दों का प्रयोग केवल 'बौद्धिक संपदा अधिनियम, 1999' में ही किया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीडन को राष्ट्र संघ

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 16/11/2019	Dr. Nalin K. Karda  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका नं-211 2	Dr. Anker Bagchi  (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका नं-211 2
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इन्द्रधर 2
	