

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)					
APPLICATION No. : <u>K/1119/2222</u>		APPLICATION DATE : <u>16/11/2019</u>					
NAME of APPLICANT : <u>PARI TOSH DAS</u>		AGE-YEARS <u>76</u>	SEX <u>M</u>				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>NRIPENDRA CHANDRA DAS</u>							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>112 RANI RASHMONI GARDEN LANE, TANGRA, KOLKATA 700015, WEST BENGAL</u>							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>AS ABOVE</u>							
OCCUPATION : <u>UNEMPLOYED</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>RS 2000 X 12 = 24000/-</u>		(Attach Proof of Income)					
PAN No. <u>XXXXX XXXX</u>							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No							
FAMILY DETAILS परिवार विवरण							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	<u>PARI TOSH DAS</u>	<u>76</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>			
2.	<u>DEVI DAS</u>	<u>50</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>			
3.	<u>SHANTANA DAS</u>	<u>74</u>	<u>F</u>	<u>WIFE</u>			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
EPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
(प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)		(अन्य कोई प्रमाण)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
Medical Reports/Prescriptions Attached							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
1.	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</u>						
2.	<u>SURGERY — RE (SICS + IOL)</u>						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			

Koshika
foundation
Building block of life.



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से हो जा रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विना सहायता हेतु यह प्रबंध की गई है, उस प्रति का अधिक या कमता किसी अन्य फोर्निगेन्स/बोम्ब कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 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 अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने पता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एम्प्लू म्यारी, रन, कम्पन/क एम्प्लू उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मैं इसका विवरण भी इसका के पत्रों या पत्र में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व म्यारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लू उद्देश्यों का निर्णय अधिक और कम्पनारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 और से कार्यवाही की "कोशिका फाउन्डेशन" से निमित्त सहायता हेतु विवरण की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से हो रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विवरण/विधि उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निषिद्ध अधिकार/सहायता हेतु समुचित गति विचार मान्य है तो सहायता किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता लेती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही मैं सहायता या निषेध गले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुलभ और अपने जाने की सही विनियमों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी प्रकृति या विनियमों इस माध्यम में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/11/2019	Dr. Nallappa Karan (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) संस्था का नाम व हस्ताक्षर व छाप	S. Shankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मजबूती उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 मजबूती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 मजबूती हस्ताक्षर 2
	