

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1219/2277 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 2/12/2019 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: GANESH MANNA आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 60 वयस-वर्ष	SEX: M लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SIBU MANNA पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BERABERIA, NORTH 24 PARGANAS 700121, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2200 x 12 = 26400/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)	
PAN No. [Blank] छात्र संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को भान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):			
Yes / No हां / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	GANESH MANNA	60	M
2.	SAILIN MANNA	28	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध			
SELF SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर को जांच प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर को जांच प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) हरणोक्त कार्ड (आय पर को जांच प्रति संलग्न करें)
Any Other Basic Proof अन्य कोई सबूत			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनियम का उद्देश्य:			
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों/पुष्टि संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?			
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE एवं गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदक द्वारा घोषणा है:**

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी प्रार्थना है कि सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं किसी सहायता से न तो वर्तमान में एवं भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो ले रहा हूँ और न ही लेना चाहूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जितकृतको यहाँ लेख्नुहोस्)

- 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 पर अपने इच्छा पर जवाब दीजिए, मैं (अर्हक) अपने नाम को उचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" एलएन न्यायीय, पत्र, मासिक पत्र द्वारा उद्देश्य से मुझे अधिकृत और उद्देश्यपूर्ण के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न पर विचार में इच्छा के प्रश्न पर मैं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी उद्देश्य से प्रयोग में मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एलएन उसके न्यायीय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अनुसंधान के इलाक़ों का संश्लेषण का निगम



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

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:

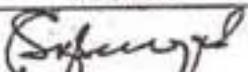
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

माने जीवनक कालावधि को और दो भागों-लेखों को "संविधा सारान्तर्गत" से विधि सारान्तर्गत देवु पिछड़ीता की जाती है, जिसे हम (हमारा) नियम प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संज्ञा

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/12/2019	Dr. H. Singh MBBS, UC, MD, DGO Reg. No. 3048 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.	Shri Sahdev Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2 