

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of Life.		
APPLICATION No.: K/1215/2279 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 2/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SUKUMAR BISWAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 66	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KALIPADA BISWAS पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता BERADERTA, AMDANGA, NORTH 24 PARGANAS 700121, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 x 12 = 221600/- 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 मान्य 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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SUKUMAR BISWAS	66	M	SELF
2.	SUSHAMA BISWAS	38	F	WIFE
3.	SUHAN BISWAS	29	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) अनुपेक्षित कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LECISICS + 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: आवेदक द्वारा घोषणा:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में परा पया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस मदद के लिए, पूरी या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किया है और न ही किया मैं करूँगा।

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, कचन/चित्र/उद्देश्य से जुड़ी प्रतिलिपि/और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप पर विवरण सही जानकारी के पत्रों पर करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउन्डेशन के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे पता: फाउन्डेशन का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एवं उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 ओर से परमार्थ/उद्देश्य को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इसके (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से मान्य व स्वीकार्य नहीं है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी रोगी के उपचार या किसी अन्य रोगी से उभर स्रोत/सहायता से लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उभर स्रोत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पररा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विरहित अंतिक/असक्त हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता से किसी अन्य रोगी के उपचार से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय पररा उभर स्रोत/सहायता हेतु किसी भी रोगी के उपचार से किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। उद्देश्य या हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में उद्देश्य के हस्ताक्षर/उद्देश्य और अपने अपने को सही विनियमों के तहत एवं हस्ताक्षर की ओर और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/12/2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FRCS Reg. No. 5014 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 <i>[Signature]</i>
--	--