

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.: K/1119/2290
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 21/12/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: RENUBALA DAS
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NAREN DAS
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

GERBERIA, NORTH 24 PARAGANAS, 720121,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20400/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. संपादित संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता 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	RENUBALA DAS	57	F	SELF
2	NAREN DAS	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मंजूर विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारावली प्रतिलिपि 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 प्राप्त मिला 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: **ਅਰੰਘਿਤ ਹੁਣ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰ:**

- 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 कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रत्युपकरण में दिये गये सभी विवरण सही 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 यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ही प्राप्त होती है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्युपकरण में पद किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि, इस उद्देश्य का अधिकतम उपयोग करके किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (স্বাক্ষরকৃত প্রত্যয়ন)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 अर्थ इसका यह अर्थ है कि मैं (अर्हक) अपने हस्ताक्षर या मुद्रि कर रहा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एलन न्यायी, राज, वाचनालय द्वारा उपयोग से मुझे प्रेषितियों और प्रेषितियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रेषित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के फोटो का यह है करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साक्षात् के उपयोग से प्रेषित है मुझे यह: साक्षात् का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एलन उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आगे देख के इलावा यह संगठन का निम्न



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 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.

इससे अविनाश, इच्छाशक्ति की ओर से सम्बन्धितों को "कारिण्य सम्बन्धित" से विनिर्दिष्ट करने हेतु विकसित की गयी है, जिसे हम (अभ्यास) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कोरिया और न ही एशिया में स्थित साक्षात् किसी गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य एसी से उक्त ऐंटी-थामले में लेने या ले पाई है, जैसे कि इनमें "कोरिया फाउन्डेशन" से विपरीतस्थिति उक्त को संभव है। "कोरिया फाउन्डेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोरिया फाउन्डेशन" द्वारा साक्षात् विपरीत स्थिति/संस्था हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाएं से साक्षात् लेने का अभिमान सुनिश्चित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय गहर उक्त ऐंटी-थामले हेतु किसी गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।
2. "कोरिया फाउन्डेशन" से ही गैर साक्षात् संस्था स्थिति प्रकृति की है। ऐंटी पर इत्यादि द्वारा ही गैर साक्षात् या विपरीत गैर उपाय/प्रक्रिया का प्रयुक्त ऐंटी एवं इत्यादि को ही न हो कि विपरीत है और "कोरिया फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रयत्न नहीं है। इसीलिए इत्यादि में ऐंटी को इत्यादि सुनिश्चित और गैर जाने की सही विधि/प्रति ऐंटी एवं इत्यादि की होती है और "कोरिया" की कोई प्रक्रिया या विधि/प्रति इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सर्वीकृतो यो शिव संस्तुति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 2/12/2019	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., FRCS Reg. No. 10071 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) सुसुप्त अस्त्रोपचार के समय में उपस्थित थे।	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसकाष्ठित अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 म्यासी इसकाष्ठित 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 म्यासी इसकाष्ठित 2	
		