

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1219/2572 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 18/12/2019 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: TAPAN KUMAR ROYCHOWDHURY आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 76	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOPAL ROYCHOWDHURY पिता/हस्ताक्षर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता RAHMOHAN PALLY, CANNING, SOUTH 24 PARGANAS 743329, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) [X] UNMARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 17000 x 12 = 204000 कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राज है (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगावे) Yes / No हाँ / 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	TAPAN KUMAR ROYCHOWDHURY	76	M	SELF	
2	RAKAN CHOWDHURY	41	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2	SURGERY — RETIES + TOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक डुर धोषक पत्र)

- 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) मै धोषक करत हूँ कि इस डुरक मे दिने नये सभे विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जात है तो मेरी सहायता रिसल को न कर सकत है।
- 2) मै डुरक मे सहायता लेता "कोशिका फाउन्डेशन", से ले के रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस डुरक में धरा गया है।
- 3) मै पुष्टि करत हूँ कि मिस सहायता हेतु यह डुरक को नहीं है, उस रशि का अंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धेयक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक डुर करत)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस डुरक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहायता को पुष्टि करत हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्वासीयों" को अधिकृत करत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस डुरक में धोषक है, उसे "कोशिका" एम्पु न्वासी, धन, साधन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे डुरक का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्वासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्पु उसके न्वासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल डुर करत)**

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मायसे/होपी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्ति सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विना प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्ति सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उका लेनी/मायसे में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दि उका के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" डुर करत हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" डुर सहायता विनिर्दि अंशिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मरद उका लेनी/मायसे हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्ति प्रकृति की है। होपी पर हस्पताल डुर दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होपी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" डुर किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में होपी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सटी रिजिमेणरी होपी एवं हस्पताल को होपी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/12/2019

Dr. Hari Shankar Nag
MBBS
Regn. No. 10174
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Saib Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्वासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्वासी हस्ताक्षर 2