APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखमाल) सहायता हेत आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 18/12/2010 Building block of life. APPLICATION No. 1 K11219 आवेदन संख्या : आवंदन तिथी SEX fein AGE-YEARS STIT-THE NAME OF APPLICANT : PSTT CHAKRABORTY LION आवेदक का ग्रम FATHERSISPOUSE'S NAME: PANCHANAN CHAKRABORT पिता/कट्म्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता HOWK A HARI PUR SOUTH PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्पाई आवासीय पता AS ABOVE LAGOURER MARRIED (Parisa) / UNMARRIED (अविवासित) OCCUPATION: TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2100 X12 = 257 00 1 (Altach Proof of Income) (आय का साह्य सीलान) कुल वार्षिक अपय PAN No. स्पाई खाता संख्या Yes / No ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हां / नही क्या आप आय कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। FAMILY DETAILS परिवार विकरण Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बध Gender Age (Years) Name of Family Member Sr. No. उप (वर्ष) स्थित परिवार के सदस्यों का नाम क्रम संख्य SELF 40 м CHAKRADOR SON TAM CHAKRA DOR BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) Any Other Basis/Proof EWS Certificate (Attach Certificate Copy) BPL Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ट अस्य अस्य वर्ण प्रमाण पत्र अन्य कोई साध्य मरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सामा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की भाषा प्रति संसान करे। (प्रमाण पत्र की राज्य प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्प्रताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्य ATARACT -DIAGNOSI 7. 5TES+101 SURGERY-ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE ली गई सहायता वसी Sr. No. अन्य स्थोत का नाम क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: अर्थरक द्वार भोषण पत्र:

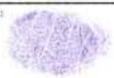
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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) में चोषणा करता हूँ कि इस प्रकृत में ऐस्से गये सभी विकाल मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विकाल एवं कमन असत्य प्रथा जाता है तो मेरी सहस्था निरास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वार जो सवापत पाँत "क्रोसिका फाउन्टोशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परा गया है।
- मैं पुरि कात है कि किस सहायत हेतू पह प्रार्थन की गई है, इस शीत का आँतक या सकत हिस्सा किसी अन्य खेलानियोक्क थीना कम्पनी से न तो तिया है और न हो परिष्य में त्रिंग।

AGREEMENT by APPLICANT (अव्येदक द्वारा करार)

- 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/pul-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 fulfilment 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 प्रयह पर अपने वस्तावर या अंगते को बाप लगाकर, मैं (आवेरक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि नेंग नान, पता, फोटो और अं विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, यावनान्या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गीतीविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माण्या से प्रसारत करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आनंदक) इस बात में सहस्ता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विकाश को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रचित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसको न्यासियों का निर्णय और बाध्यकारी होया।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आपेरक के हस्तार या आंग्रेट का निश्चन



AGREEMENT by HOSPITAL (EFFRIR STE WITE)

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 assentially 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.
- इसमें अधिकृत, इस्तावरी की ओर से मामलेगीगों को "कोशिका काठ-देशर" से बिटिय स्वायता हेतु सिफारिश की आती है, किसे इस (इस्पताल) निन्न प्रकार से पान्य व स्थीकार करते हैं।

 1) यह कि न तो कोमान और न हो पविष्य में वितिय सवायता किसी हैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उका रोगी-प्रायत में लेंगे या ले रहे हैं, वैसे कि इसने "कोशिका फाउन्देशन" से सिफारिश निर्नाट उकत के सम्बग्ध में "कोशिका फाउन्देशन" इस सदस्यता विनित्त अधिकार में "कोशिका फाउन्देशन" इस सदस्यता विनित्त अधिकार सम्बग्ध में स्थान के स्थान के से अस्थान हैता में स्थान के से अस्थान किसी अन्य समाधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्विक रखता है। इस पृष्टि में स्थान कहा बाता है कि अस्थान द्वितीय मदद उका रोगी-पामले हेतु किसी है। सरकारी संस्था या किसी अन्य साथन से नहीं लेग्य-लेगी।
- 2. "कॉशिका फाउनोरान" में ती गाँ सहायण केवल विविध प्रकृति की हैं। ऐंगी पर हस्यताल द्वाय दी गई मलाह था किये नवे उपवार/प्रक्रिया का चुका ऐसी एवं इत्यताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्प्रेशन" द्वार किसी प्रकार का कोई दक्षक नहीं हैं। इसलिये हम्पताल में रंगी के इलाव मुख्या और आने को की सारी हिम्पेट्सी ऐसी एवं इस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई प्रमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	RECOMMENDED FO स्वीकृती के रि	
Date of Surgery ऑग्सेंग को वरीव 1 8 /12 /2 019	Dr. Hari Shanter Nag MBBS. MS. (APRIH) Reg. No. (1995) Sus(Marie of Dr. & Regni No. with Stamp) दास्टर का सम व इस्डाक्ष व र्तव, र	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory তা behalf of Hospital) Centra বাম বা ঘং চন্দ্ৰবাল অধিকৃত অধিকাট
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA F	FOUNDATION आनारिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी हस्ताकर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्त्वाहर 2
(5	fugel	lite