

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1219/2626 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 19/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SANDHYA DEBNATH आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 61	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NANU GOPAL DEBNATH पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 102 PIRTALA ROAD, NAGPOUR, SAYAMNAGAR, BHATARA, NORTH 24 PARGANAS 743127, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: HOME MAKER उपवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1000 X 12 = 12000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	SANDHYA DEBNATH	61	F	SELF
2	SUJIT DEBNATH	33	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 — LE			
2	SURGERY — LE (STEPS 1 & 2)			
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 ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: **अभिनेता 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 योचन करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 इससे जो सहायता प्राप्त "कार्यिका कार्यक्रम", में ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं यहाँ करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम संभव हिस्सा किसी अन्य प्रोत्तन-निरोधक/योग्य कम्पनी से न ले लिया है और न ही पश्चात में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिप्रेतक द्वारा कर्तव्य)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (अर्धक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, सहायता/मुझे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रस्तुत करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्धक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अधोदक के दशाक्षर का अंगुलि का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कवर)

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, हस्ताक्षरों की ओर से मामले/पैगो की "कोशिका काउन्टडौन" में विहित प्रशस्ति होत विचारित की जाती है, जिसे हम (हमसाल) विभिन्न प्रकार से राज्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉमन और न ही पब्लिश में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठाएगी/पायले में लेने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" में सिफरिस्टाइनवित उक्त के सम्पन्न हैं "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय ऑशिका/सम्पन्न हेतु मन्त्रु नही किया जात है तो अवस्थत किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अवस्थत द्वितीय मदर उक्त ऐंगी/पायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेना/लेनी।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। ऐंगी या इससतत द्वारा लेी गई सहाय या किये गये उपकार/प्रक्रिया का पुनराव ऐंगी एवं हमसतत के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नही है। इसलिये हमसतत में ऐंगी के इलज मुख्त और आने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं हमसतत की होगी और "कॉशिका" की कोई पब्लिका या जिम्मेदारी इस पायले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संवत् २०१८

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/12/2019

Dr. Nalnakshi Karan

MS. 50. 243

Reg. No. 63729

Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp

डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सी. नं.

Shib Sankar Bhagchi

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व वर सम्बन्धित अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासौ हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पुस्तकें

John F. Kennedy