

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: 11/12/2019/2672 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 21/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: PRASHANTA HALDER आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 50	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HIRAN MOY HALDER पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता HOSPITAL PARA, DUTTAPUR, NORTH 24 PARKINAS 743248, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: RICKSHAW PULLER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 x 12 = 19200/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
PAN No. क्या है (आपका) (Yes / NO) हैं / नहीं				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)				
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.	PRASHANTA HALDER	50	M	SELF
2.	GEVLAS HALDER	21	M	SON
3.	BASANTI HALDER	47	F	WIFE
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियमित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड की प्रमाण प्रत (प्रमाण पर को छापा प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पर को छापा प्रति संलग्न करें)		Any Other Basic Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियमित उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (SIEST + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता स्वरूप अन्य स्रोतों से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि		



DECLARATION by APPLICANT: **अवेक दुव सोपना पर:**

- 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 कबट्टा हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी कबट्टा है कि सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण में पाया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबट्टा हूँ कि मैंने सहायता हेतु पर अन्यत्र से भी नहीं है, इस सहायता का अधिकतम या समस्त निरस्त किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होएगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- 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 का अर्थ इसलिए है कि मैंने अपने नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में जोड़े हैं, उसे "कोशिका" एनएलआई, राज. सचिवालय द्वारा उपयोग में लाने की अनुमति दे रहा हूँ। मैंने यह भी स्वीकार किया है कि कोशिका एनएलआई मेरे नाम पर किसी भी प्रकार के लाभ या नुकसान को प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। मैंने प्रश्न का उत्तर देने के साथ ही यह भी स्वीकार कर लिया है कि कोशिका एनएलआई मेरे नाम पर किसी भी प्रकार के लाभ या नुकसान को प्राप्त करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि कोशिका एनएलआई मेरे नाम पर किसी भी प्रकार के लाभ या नुकसान को प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। मैंने यह भी स्वीकार किया है कि कोशिका एनएलआई मेरे नाम पर किसी भी प्रकार के लाभ या नुकसान को प्राप्त करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आरोपक के इलाज पर अंग्रेजों का निज़ाम

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कर्ण)

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.

1) यह कि न तो अधिकांश और न ही अधिकांश में विविध सहायक किसी गैर शासकी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐतिहासिकता से होने पर से होते हैं, जैसे कि हमने "कोरिडोर फायर-वेयर" से विपरीत/विपरीत उक्त से उक्त में "कोरिडोर फायर-वेयर" का मरदर हेतु कि है। यदि "कोरिडोर फायर-वेयर" का सहायक विपरीत अधिकांश/सहायक हेतु मरदर नहीं किया जाता है तो आयदात किसी अन्य गैर शासकी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक होने का अधिकांश सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में सत्य कहा जाता है कि आयदात द्वितीय मरदर उक्त ऐतिहासिकता हेतु विपरीत गैर शासकी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेनी।

2. "कॉरिडा" प्रतियोगिता के लिये सर्व सामान्य योजना निर्धारित प्रकृति की है। ऐसी पर इम्पोज़िट इस पर यह भ्रम है कि जिसे गैर-प्रतियोगिता का चुनाव ऐसी एवं इम्पोज़िट के बीच का विषय है और "कॉरिडा" प्रतियोगिता का कोई प्रकाश नहीं है। इसलिये इम्पोज़िट में ऐसी के इलाक़ में नहीं आने को नहीं बिल्कुल ऐसी एवं इम्पोज़िट की होती और "कॉरिडा" की कोई प्रतियोगिता या प्रतियोगिता इस प्रकृति में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्थापि

Date of Surgery अंशदान की तारीख 21/12/2019	Dr. Nalinakshi Karan MBBS, MD, ONB Reg. No.-63729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हास्यर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ दें	Shri Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हास्यर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

मान्यारिक उपस्थेग हंतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रधर 2
	