

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No. : K/12/9/2690				APPLICATION DATE : 23/12/2019	
NAME of APPLICANT : KALPANA DAS				AGE-YEARS मासु-वर्ष	SEX लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SURENDRANATH DAS				59	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : PURBA GOPINATHPUR, KINKAR GATI, HOOGHLY 712407, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : DOMESTIC HELP				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 14000 x 12 = 168000				(Attach Proof of Income)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	KALPANA DAS	59	F	SELF	
2.	TANUSAREE SAMANTA	28	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
EPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
1.					
2.	SURGERY — RE (YES + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE	
1.					
2.					

DECLARATION by APPLICANT: অবেদন প্রদান করিতেছি যে:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अशुद्ध पाया जाता है तो मेरी साहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी इस घोषणा प्रति "कोशिका परामर्शदाता", से ली जा रही है, उसका उपयोग सभी संशोधन की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पर पाया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना साहायता हेतु यह प्रारूप भी पूर्ण है, इस प्रति का अधिकृत या अनधिकृत प्रसार किसी अन्य प्रोत्साहित/अन्यथा कम्पनी से न हो लिया है और न ही पथिक में रहित।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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 मॉर्से को ज्ञान सहायक, मैं (अन्यथा) अपनी सहाय्य को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फायरिंग और उसके म्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रश्न से संबंधित है, उसे "कोशिका" एलन म्यासी, राज, सहायक एवं उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उत्तरदायित्व के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशिक्षण करने से निरुद्ध अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों या बाद में करने के लिए "कोशिका फायरिंग" में म्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अन्यथा) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य को उद्देश्य से प्रशिक्षण है मुझे सहाय्य का इकट्ठा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एलन म्यासी के प्रतिनिधित्व का निर्णय अधिकृत और सहाय्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्ष के हवाला पर अंग्रेजी का निर्यात



AGREEMENT by HOSPITAL (बिनाह हॉस्पिटल)

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.

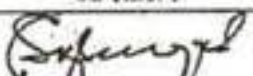
आपके अधिकार, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धितों की "संविदा कागज" से विधि कागजों से विधि कागज की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विधि कागज से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

2. "बोर्डिंग हाउस" से ही नई सापसल कंसल विधि प्रवृत्ति की है। ऐसी वा इच्छातः एत रो नई सापसल वा विने नई बचकाउडिवा का भुगत ऐसी एव इच्छात के बीच का विषय है और "बोर्डिंग हाउस" एत किसी प्रकार का कार्य दखन नहीं है। इसीसे इच्छात में ऐसी के इच्छात मुखा और अने जाने को सारी विन्येरी ऐसी एव इच्छात की हांसे और "बोर्डिंग" की कार्य भुक्त वा विन्येरी इस भाषे में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिश को लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/12/2019	Dr. K. Ghosh M.D.S., D.C. Ophth. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व चिह्न नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (Name of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मन्त्रालय उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 