

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: 15/1219/2700 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 24/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SK GORA आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 53	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAHMAN MOTIUR पिता/कटुण्य का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता 8/C G.S. KHAN ROAD, TILTIAH, SOUTH 24. PARWANAS 700030, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: Rickshaw Puller व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 X 12 = 22800/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण 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 चिह्न का निशान लगाएं): 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 से सम्बन्ध
1.	SK GORA	53	M	SELF
2.	SK PARVEZ	23	M	SON
3.	SK VIKKY	20	M	SON
4.	MUSKATI BEGAM	48	F	WIFE
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाच प्रवि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जाच प्रवि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाच प्रवि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विषय का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSTIC — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक लाख सहायता का राशि		



DECLARATION by APPLICANT: मनेएक छपु मोरल 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) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ही लू रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया करूँगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा के माध्यम से न तो इसकी रकम न ही किसी भी रकम

AGREEMENT by APPLICANT (सहकृता एतु 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/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी छवि को मुद्रित कर दूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इकाई नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के लिए उपयोग और सहायता का इकाई नहीं करता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 સહી અથવા ડાબા ટુંબની છબી



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL TO SIGN)

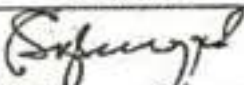
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

इसके अतिरिक्त, इसका भी और दो समारोहों की "कोशिका फायदेमंद" से विविध सहायता हेतु रिपोर्टों की जाती है, जिनमें हम (इसका मत) निम्न प्रकार से पाया या स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि वे तो अक्सर और वे ही अक्सर में विविध सहायता किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य संस्था से उच्च लेवी/समले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फायदेमंद" से रिपोर्ट/विशेष उच्च के समर्थन में "कोशिका फायदेमंद" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फायदेमंद" द्वारा सहायता विविध अतिरिक्त/समले हेतु पात्र नहीं किया जाता है तो अक्सरत किसी अन्य भी सारकारी संगठन या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अक्सरत द्वितीय भरण उच्च लेवी/समले हेतु किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फायदेमंद" से ही यह सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इसका मत द्वारा ही यह सहायता या किसी गरी उच्च/अतिरिक्त का धुपन ऐसी एवं इसका मत के बीच का विषय है और "कोशिका फायदेमंद" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसीलिए इसका मत में ऐसी के द्वारा सुझा और जाने जाने की सभी विनियमों ऐसी एवं इसका मत की ऐसी और "कोशिका फायदेमंद" की कोई सुझा या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्थान

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/12/2019	Dr. K. Gosh MBBS, D.O., FRCS Reg. No. 10971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद	Shri. Arun Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 स्वाक्षरी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 स्वाक्षरी हस्ताक्षर 2 