

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life.		
APPLICATION No. : K/1219/2718 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 24/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : AKTARAN MALLIK आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 62	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ALMAS MALLIK पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता SANKRAT, HAORA TILSIT, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION : HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 16000 X 12 = 192000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्वामी 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 लगावे) Yes / NO हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	AKTARAN MALLIK AKTARAN MALLIK	62 29	F M	SELF SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाच प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर की जाच प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाच 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 — RE			
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 सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनकृत द्वारा घोषणा करना:

- 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 and 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 कि इस प्रमाण पत्र में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रिक्त की जा सकती है।
- 2) मेरी कबल यह सहायता एतद् "कथित प्रयोजन" के लिए ही होगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि मैंने अब तक और भविष्य में भी, अपने प्रमाणित प्रयोजन के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से लिया है और न ही लिये जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

- 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इच्छा का जवाब सचकार, मैं (अर्हक) अपनी छाप/हस्त छाप को जुड़ कर यह है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संबंधित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, चित्र, माध्यम/माध्यमों से मुझे सौंप/सौंपने और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या यादों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से संबंधित है मुझे सौंप/सौंपने का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा सौंपने यादों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपका यह इरादा यह आंदोलन का निर्यात



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल से करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिकांश, हाउसवर्डी को अंदर से बमबारे/पेरी को "बोशिया फाउन्डेशन" से मिलित सहायता हेतु पिछरित की जाती है, बिसे इन् (हल्पदात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो पहिले और न ही पहिले में पहिले सहायता किसी गैर शासकीय संस्थान या किसी अन्य इकाई को तथा ऐंटी/माल्टे में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोलिका फायर-वेयर" से विशेषीकरण/विशेषी तथा को सहायता में "कोलिका फायर-वेयर" द्वारा गहरा हेतु कि है। यह "कोलिका फायर-वेयर" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/सहायता हेतु मंच/वही बिना जाल है तो अस्पष्टता किती अन्य गैर शासकीय संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता विशेष गहरा तथा ऐंटी/माल्टे हेतु किसी गैर शासकीय संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेती।
2. "कोलिका फायर-वेयर" से लेती गयी सहायता कोसल पहिले प्रकृति की है। ऐंटी या इकाई/तथा द्वारा ही गयी सहायता या बिने गये इकाई/तथा/विधि का चुनाव ऐंटी एवं इकाई/तथा को बीच का बिच है और "कोलिका फायर-वेयर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीसे इकाई/तथा में ऐंटी को इकाई सुरक्षा और अपने कार्य को सही बिम्बे/ऐंटी ऐंटी एवं इकाई/तथा को ऐंटी और "कोलिका" को कोई सुरक्षा या बिम्बे/ऐंटी इस सहायता में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीडिश के लिए संस्कृति

Date of Surgery अर्पण की तारीख 24/12/2019		Dr. K. Ghosh MBBS, CC, D. FRCR (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप		Dr. Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसका अखिर अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2		
					