

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : K/1219/2719		APPLICATION DATE : 24/12/2019			
NAME of APPLICANT : SHIBNATH BISWAS		AGE-YEARS 66		SEX M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JANAKI BISWAS					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 5 NO. TARUN PALLY, HARIDPUR, FISHKUNABAR, NORTH 24 PARGANAS 743223, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : UNEMPLOYED				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 19000 X 12 = 228000				(Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)	
PAN No. XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 आप के साथ सम्बन्ध	
1.	SHIBNATH BISWAS	66	M	SELF	
2.	JANAKI BISWAS	65	M	SON	
3.	SUSHILA BISWAS	61	F	WIFE	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न की)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न की)		Ration Card (Attach Copy) रसदोस्त कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न की)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे नये विनियम का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इलाज/दवाइय सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (STAS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता की राशि			

DECLARATION by APPLICANT: **আবেদক দ্বারা ঘোষণা করা:**

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या इस प्रारूप से जो भी मदद पाऊँगा, उसे किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो रिश्वत है और न ही यहाँ पर नहीं दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (apakah ada yang)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब इसकाया या अर्पण को प्राप्त साधक, मैं (अर्पणक) अपनी सामग्री को मुद्रित करने हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता है कि वेग नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, इसे "कोशिका" द्वारा न्यायी, दान, साधक का दूसरे उत्तराय से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न हो प्रकाशित करने में तत्प अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इसकाया के प्रश्न का नाम में करने के तत्प "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हैं कि वेग नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि इसकाया को उत्तरायों से प्रेषित है मुझे स्वतः साहाय्य का इस्तेमाल भी करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षा के हिसाब से अंग्रेजी का विषय

Slub north Biznes

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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:

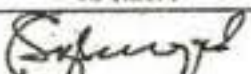
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 अधिकार, हमारा धर्म की ओर से सम्पारोपण की "कोईका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु विनम्रता की जाती है, विशेष रूप (इसका) विनम्र प्रकार से धन व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित साक्ष्य किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐतिहासिकता में होने या हो गई है, जैसे कि अपने "कोर्टिका फाउन्डेशन" से सिविलराइट्सविजि कल के सम्मन में "कोर्टिका फाउन्डेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोर्टिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य विधि अतिरिक्त/सकल हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो आवश्यकता किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से साक्ष्य होने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस धृष्टि में सत्य कहा जाता है कि आवश्यकता द्वितीय गहरा उक्त ऐतिहासिकता हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेगी।
- 2) "कोर्टिका फाउन्डेशन" से ही यह साक्ष्य केवल विहित प्रवृत्ति की है। ऐसी भा इच्छातः द्वारा ही यह साक्ष्य या विवेक गरी उच्छात/प्रतिष्ठा का ध्यान ऐसी एवं इच्छातः के बीच का विषय है और "कोर्टिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसविषे इच्छातः में ऐसी के इच्छातः धृष्ट और अन्य जाने की सारी विनियमों ऐसी एवं इच्छातः की होती और "कोर्टिका" की कोई दायता या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्पणन की तिथि 24/12/2019	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका के पत्र	Dr. Anker Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2 