

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : K/1219/2728 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 25/12/2019 अवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : SAKHI CHAND DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS 51 वर्ष	SEX M लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : CHADI DAS पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KUMAR PARALANE, LABANAGAR, ALAM BAZAR, NORTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL वर्तमान निवास पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE स्थायी निवास पता				
OCCUPATION : CONTRACT LABOURER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1500 x 12 = 18000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)		
PAN No. साई खाल संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 संबंध
1.	SAKHI CHAND DAS	51	M	SELF
2.	CHADI DAS	50	M	SON
3.	SABITA DAS	45	F	WIFE
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छात्र प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छात्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर की छात्र प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रातिपद से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSTICS — CATARACT — CE			
2.	SURGERY — CE (STICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से लिये गये हैं?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: সত্যবাক্যে প্রাপ্ত অভিব্যক্তি বাক্য:

- 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 कतार हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठ एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता एवम् "कोशिका फाउण्डेशन", से ही प्राप्त करूँगी, जो इस प्रश्न में उल्लेख की गयी है, के लिये दिया जायेगा, जो इस प्रश्न में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं हूँ, बल्कि का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो निरस्त है और न ही यहाँ पर हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (အပ်ငွေ ပြု မူပိုင်)

- 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 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 इच्छा या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी छवि को मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एलम गवर्नर्स, ट्रस्ट, मान्यताएं द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को विभिन्न माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के अंगूठे या छाप से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एलम गवर्नर्स भरोदारों और मान्यताएं द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके पास जो जानकारी है, उसे अंतर्गत में शामिल करें।



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL DID NOT)

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:

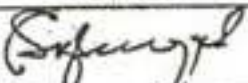
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 अतिथिगत, हस्ताक्षरी को और से समारोहोत्तरी को "कोशिका पाठ्यक्रम" से निविन साक्षात् हेतु विचारों को खाली है, बिना हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से खाली व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही भविष्य में विद्यमान सहायक किसी भी छात्रों का संचालन या किसी अन्य स्कूल से उच्च शैक्षणिकता से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कॉलेजियल काउन्सिल" से नियमित/नियमित उच्च को स्तर पर न "कॉलेजियल काउन्सिल" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कॉलेजियल काउन्सिल" द्वारा सहायक विधि अधिकतम/महत्त्व हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी छात्रों को या किसी अन्य संचालन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रार उच्च शैक्षणिकता हेतु किसी भी छात्रों को या किसी अन्य संचालन से नहीं संयोजन/लेने।
2. "कॉलेजियल काउन्सिल" से ही नई सहायक को प्राप्त विधि प्रकृति की है। ऐसी या इसप्रकार द्वारा ही नई सहायक या किसी नये उपचार/उपकरण का प्रयोग ऐसी एवं इसप्रकार को बीच का विधान है और "कॉलेजियल काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रदान नहीं है। इसप्रति इसप्रकार में ऐसी के प्रदान प्रदान और अन्य जाने की सारी विधेय/ऐसी एवं इसप्रकार को लेने और "कॉलेजियल" की कोई भविष्य या विधेय/ऐसी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्थीरता के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/12/2019	Dr. Hari Shankar Nag MBBS, DNB (PHTH) Reg. No. 10550 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका का पंजी २	Shri. Sagar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका के अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 विश्वसे इलाका 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 विश्वसे इलाका 2 