

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.		
APPLICATION No. : K/1217/2767 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 26/12/2019 आवेदन तिथि :		
NAME of APPLICANT : SIPRA BANIK आवेदक का नाम :		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 44	SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RATAN BANIK पिता/सहोदर का नाम :				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बर्तमान आवासीय पता 146 K ROAD, NETAJI GARDEN, HADRA 713008, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION : HOUSEWIFE व्यवसाय :		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 19000 x 12 = 228000/- कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का दस्तावेज संलग्न करें)		
PAN No. : ☒ YES ☐ NO आवेदक का PAN संख्या : हाँ / नहीं				
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)				
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 सम्बन्ध
1	SIPRA BANIK	44	F	SELF
2	PUSA BANIK	18	F	DAUGHTER
3	RATAN BANIK	48	M	HUSBAND
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 जांच प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रसदोसत कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विचारों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न			
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2	SURGERY — RE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से प्राप्त मिला है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक ही वर्ष सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: **জন্মেদক হাও মৌজা দখ:**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 प्रक्रम से दिनें लगे सभी विद्यार्थी मेरी जानकारी को अनुसरण कर रहे हैं। यदि कोई विद्यार्थी एवं/अथवा अभिभावक ऐसा करता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी छात्र को सहायता दान "कोलिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, जिसका उपयोग सभी विद्यार्थी की पूर्ण को दिनें किया जाएगा, जो इस प्रक्रम में मदद कर रहे हैं।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि निम्न सहायता ईशु पर आधारित की गई है, इस दान का अधिकार या सफल निष्पत्ति किसी अन्य कोटिनिवेशक/दानकर्ता के न हो शिवाय है और न ही परिवार में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE TWO)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न या अपने उत्तराधिकार या अर्थों को ज्ञान संचार, मैं (अलेक्जेंडर) अपनी सभ्यता को पुष्टि करता हूँ एवं "बोशिया फार्मेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, नाम, फोटी और जो विचार इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "बोशिया" एवम् म्यादी, राज, सचनम इनमें उद्घरण से मुझे अधिकारियों और उपस्थितियों के तिले कितने भी उत्तर सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विचार मेरे उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "बोशिया फार्मेशन" में म्यादी अधिकृत है।
- 2) मैं (अलेक्जेंडर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, नाम, फोटी और विचार जो कि सभ्यता को उद्घरण से प्रमाणित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "बोशिया" प्रथम उसके व्यक्तियों का निर्णय अधिक और सम्भवतः होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्षा है कि इससे भी अधिक लोग इस योजना से लाभान्वित हो सकें।



AGREEMENT by HOSPITAL (HUGHES 200 400)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

- 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.

अपने अधिकृत हस्ताक्षरों की ओर से समझौते/देखें की "कॉन्ट्रिब्यूटर्स" से विविध सामग्री हेतु विचारों की जाती है, बिना इन (हस्ताक्षर) विधि प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वोच्च और न ही सर्वोच्च में विहित सहायक किसी गैर सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उच्च लेटिफायमेंट से लेने या तो लेने हैं, जैसे कि हमने "बर्लिनका फायदेदार" से लिफ्ट/सर्विसेज उच्च को सम्भव है "बर्लिनका फायदेदार" द्वारा भरण हेतु कि। यदि "बर्लिनका फायदेदार" द्वारा सहायक विहित अधिकार/सहायक हेतु मजदूर नहीं किया जाता है तो सम्भवता किसी अन्य गैर सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायक लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भवता द्वितीय भरण उच्च लेटिफायमेंट हेतु किसी गैर सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेने।

2. "कॉन्सिडर फ़ायनेटिंग" से भी माँ सावधान होकर विधिपूर्वक प्रवृत्ति की है। ऐसी नर इन्स्पेक्टर द्वारा भी माँ भाला या किसी गुरु बचकाइकिया का पुत्रत्व ऐसी एवं सम्पत्ति से होकर का विचार है और "कॉन्सिडर फ़ायनेटिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई दण्ड नहीं है। इसलिये सम्पत्ति में ऐसी के इस्तेमाल मुफ्त और आने जाने की सही विधियों ऐसी एवं इन्स्पेक्टर की होती और "कॉन्सिडर" को कोई मुक्ति या विधेयता इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिश के लिए संस्कृति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 26/12/2019	Dr. Hari Shanker Nag MBBS, MCh (OPHTH) Reg. No. 1556 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी नं.	Dr. Hari Shanker Nag (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरिक्त उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इलाका 2	
		