

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य रक्षण)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: K/1219/2779 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 20/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: KASAL DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 67	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SONIRAM DAS पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान आवासीय पता BAJAN SETH LANE, HAROA 711202, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: HOMEMAKER व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2100 X 12 = 26400/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का दस्तावेज प्रस्तुत करें)		
PAN No. सवाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):				
Yes / No हां / 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 के साथ संबंध
1.	KASAL DAS	67	F	SELF
2.	SONIRAM DAS	30	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नलिखित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Religion Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिकित्सीय उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — IE (SILESTOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE हो गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: **ଉତ୍ତରାଧିକାରୀଙ୍କ ଦ୍ଵାରା ଘୋଷଣା:**

- 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 योशय कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिने गये सभी विषयों में ही जानकारी के अनुसार ज्ञान एवं धर्म है। यदि कोई विचार एवं कथन अज्ञान यात्रा जाता है तो मैंने साक्षात् निराल को पत्र भेजा है।
- 2) मैंने इस के साक्षात् दलित "कोशिका प्रकल्पना", में ही ज्ञान रही है, उसका उपयोग उसी प्रकार की पूर्ण के निर्देश विषय जानने, जो इस प्रश्न में पत्र गया है।
- 3) मैं धर्म कहता हूँ कि विना साक्षात् सेवु या प्रत्यक्ष की गई है, उस दलित का अधिकार पत्र भेजा किन्ती अन्य कोशितोपयोग/योग्य जानकारी को मैं तो निराल के और मैं ही धर्मिक में दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (300K 200 1000)

- 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.

- [illegible]

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके बच्चे को बचपन से ही पढ़ाई के प्रति उत्साह प्रदान करें।



AGREEMENT by HOSPITAL (प्राप्ति के लिए)

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.

इससे अधिकतर, इसकायी को और से पचाले/पेयी को "कोशिका पाचक" के विविध उदाहरण हेतु शिक्षा को मिली है, जिसे इन (इसकायी) निम्न प्रकार से पचन व अवशोषण करते हैं।

- 1) यह कि यह तो अविश्वस्य और न ही पृथिव्य में स्थित सत्तापन्न किसी नैर साक्षरी संस्थापन या किसी अन्य व्यक्ति से उभर ले/पहले ये लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका पाठ-देरा" से शिप/शिप/शिप/शिप उभर के संस्थापन में "कोशिका पाठ-देरा" द्वारा गहरा हो कि है। यदि "कोशिका पाठ-देरा" द्वारा सत्तापन्न स्थिति अतिरिक्त/अवस्था में गहरा रही किताब जल है तो अस्पष्टता किताब अन्य नैर साक्षरी संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन से सत्तापन्न लेने का अविश्वस्य सुनिश्चित रहता है। इस पृथिव्य में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता स्थिति गहरा उभर उभर ले/पहले हो किताब नैर साक्षरी संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन से गहरा/ले/पहले।

2. "बॉडिस्मा फाउन्डेशन" से ही गई सहायता संगत निहित प्रकृति की है। छोटी पर हमसबल इस से गई सहायता या बिने गई सहायताप्रतिष्ठा का शुल्क छोटी एवं हमसबल के बीच का विषय है और "बॉडिस्मा फाउन्डेशन" इस बिने प्रकर का कोई दायता नहीं है। इसलिने हमसबल में छोटी के इसल शुल्क और आने जाने की सारी बिनेपरी छोटी एवं हमसबल की छोटी और "बॉडिस्मा" की कोई शुल्क या बिनेपरी इस सपले में नहीं छोटी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिश को लिए संकलित

Date of Surgery अर्पण की तारीख 24/12/2019		Dr. Hari Shankar Nag MBBS, DNB Reg. No. 10000 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पं. नं.		(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हास्पिटल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2		
					