

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1219/2825 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 28/10/2014 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: NAMATA KUNDU आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 71 वयस	SEX: F लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SASADHAR KUNDU पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: रासधर आवास पता RAGHUNATHNAGAR, NORTH 24 PARGANAS, TITEOKS, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता AS ABOVE			
OCCUPATION: HOMEMAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20400/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)	
PAN No. क्या है? खाली छोड़ें			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर घड़ी का निशान 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
1.	NAMATA KUNDU	71	F
2.	ANANDA KUNDU	32	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
SELF SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनोद का उद्देश्य:			
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
Sr. No. क्रम संख्या			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE		
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: **अवेरक इत खेवत यः**

- 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 Koshtika 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 दूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो सही सहायता मिलाने की जरूरत नहीं पड़ेगी।
- 2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि यदि मैं कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करता हूँ, तो मैं यह सहायता केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैंने इस सहायता के लिए या भविष्य में, किसी भी और अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही भविष्य में पूँजी

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इच्छा या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपने नाम की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में कोशिका है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण करने के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका यह विवरण भी इसका के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षा के इलाक़ा में अंग्रेज़ों का नियंत्रण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा 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:

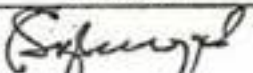
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 अधिवक्ता, इलाहाबाद की ओर से पार्लामेण्टरी को "कोशिका परामर्शदाता" से मिलिये। पताचला हेतु दिनांकित की जाती है, किसे हम (हमारा) दिन प्रकाश से आनंद व सौभाग्य करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही यूनिवर्सिटी में शिक्षित छात्रावास किसी भी सरकारी संगठन या किसी अन्य एजेंसी से उच्च लेवी/पायल्टों में होने का होना है, जैसे कि इनमें "कॉलेज फायर-वेयर" के शिफ्टिंग/पैक्टिविटी उच्च के समान हैं। "कॉलेज फायर-वेयर" द्वारा भरर हेतु कि है। यदि "कॉलेज फायर-वेयर" द्वारा छात्रावास विविध ज्योतिष/समस्त हेतु समुद्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संगठन या किसी अन्य संस्थाओं से छात्रावास होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भरर उच्च लेवी/पायल्टों हेतु किसी भी सरकारी संगठन या किसी अन्य एजेंसी से नहीं लेवा/लेवी।
2. "कॉलेज फायर-वेयर" को ही नहीं छात्रावास संबंधित विविध प्रवृत्ति की है। छोटी या इमारत द्वारा ही नहीं छात्रावास या किये गये उपकरण/प्रक्रिया का भुगतान छोटी एवं इमारत के बीच का विषय है और "कॉलेज फायर-वेयर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसलिए इमारत में छोटी के इलाज सुख और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी छोटी एवं इमारत की सोने और "कॉलेज" की कोई पब्लिक या निजी/छोटी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/12/2019	Dr. Priyanka Chatterjee (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पं. नं.	Dr. Anshu Bhatnagar Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2 