

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1219/2832 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 28/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: RUPDASI DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 62	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAHAJUSAN DAS पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>SAHAJUSAN DAS</u> <u>HIMMATPUR, NORTH 24 PARGANAS 743502,</u> <u>WEST BENGAL</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u>				
OCCUPATION: <u>HOMEMAKER</u> व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>RS 1650 X 12 = 19200/-</u> कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
PAN No. <u>साई खाल सख्त</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	RUPDASI DAS	62	F	SELF
2.	SAHAJUSAN DAS		M	SON
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 की जा सकती है)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच की जा सकती है)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (आय पर की जांच की जा सकती है)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मरी बिमारी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (YES + IOU)			
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 ती गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: **অবেদক এতদ্বারা ঘোষণা করে:**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्युप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रिक्त की जा सकती है।
- 2) मेरी दृढ़ता के साथसाथ एतिस "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्युप में माग गया है।
- 3) मैं पुनः घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत से या अपने स्वयं के धन से, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्धेन/व्यापारी/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

- 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 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 का अपने इलाख पर खोदने की जगह लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एलन न्यासी, एन. बालकृष्ण द्वारा उद्देश्य से जुड़े संविधिधर्मों और उपायधर्मों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाख के पक्षों या बाएं या दाएं के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इकाया नहीं करता। इस कारण मैं "कोशिका" एलन उपायधर्मों का निर्णय अधिकृत और सम्भवकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके बच्चे के स्वास्थ्य का सर्वश्रेष्ठ देखभाल



AGREEMENT by HOSPITAL (HAFSIR 200 000)

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.

इससे जटिलतर, इसकाही की ओर से सफाई/पेन्टी की "बोतिका फाउन्डेशन" से मिलिय घातना हो चुकती है, जिसे हम (हमारा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विधिवे साक्षात् किसी नैर साक्षरी संघर्ष या किसी अन्य दलित से उभरा ऐतिहासिकता में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका कायदेन" से निपटारा/विचित्र उभार के समर्थन में "कोशिका कायदेन" द्वारा मरने देते हैं कि। यदि "कोशिका कायदेन" द्वारा साक्षात् विधिवे अतिरिक्त/अवगत हेतु मरने नहीं किया जाता है तो आवश्यकता किसी अन्य नैर साक्षरी संघर्ष या किसी अन्य संसाधन से साक्षात् लेने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आवश्यकता विधिवे मरने उभरा ऐतिहासिकता हेतु किसी नैर साक्षरी संघर्ष या किसी अन्य साधन से नहीं ले/पा/लेते।
2. "कोशिका कायदेन" से लेने या/साक्षात् संघर्ष विधिवे प्रवृत्ति की है। ऐसी या इच्छा/साक्षात् द्वारा ही या/साक्षात् या विधिवे लेने उभरा/साक्षात् का धुंधल ऐतिहासिकता एवं इच्छा/साक्षात् के बीच का विषय है और "कोशिका कायदेन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दलित नहीं है। इसविषये इच्छा/साक्षात् में ऐतिहासिकता के इच्छा/साक्षात् और अपने जाने की सारी विधिवे/ऐतिहासिकता ऐतिहासिकता एवं इच्छा/साक्षात् की होती है और "कोशिका" की कोई धृष्टि या विधिवे/ऐतिहासिकता इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/12/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यापारी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यापारी हस्ताक्षर 2	
		