

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1219/2853 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 30/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SITA CHOWHAN आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 60	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MUNI LAL CHOWHAN पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता BEADON STREET, KOLKATA 700006, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1400 x 12 = 16800 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. सवाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू 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 सम्बन्ध
1.	SITA CHOWHAN	60	F	SELF
2.	DOVEY HELA	33	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)
Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मर्ने विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवकाश/दवाखाना से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SIESTA + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इसे मर्ने सहायता पंती		

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदक द्वारा घोषणा है:**

- 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 कदा है कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सत्य साबित हो तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मेरी आज के सहायता पत्र "कोशिका फाउंडेशन", से ही आ रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में मध्य मध्य है।
- 3) मैं यहाँ पर कदा है कि मैं किसी सहायता से या प्रमाण पत्र की पूर्ति, इस पत्र का अधिक या समकल विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बोला कम्पनी से न तो लिया है और न ही लिये मैं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (সংস্কৃতি প্রদান করণ)

- 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/republish 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 उत्तर इसलिए या नहीं को आप साफ़, मैं (अर्पक) अपने प्रथम को मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका" फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी "को" अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रकार में प्रकाशित है, उसे "कोशिका" एनएन, एनएन, एनएनएन एनएन एनएन से मुझे "कोशिका" और उपस्थिति के लिए किसी भी प्रकार सामान्य से प्रकाशित करने से लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या ट्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साहाय्य के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः साहाय्य का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एनएन उनके अधिकारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आगे बढ़ते हैं तो हमें यह भी ध्यान रखना पड़ेगा कि हमारे पास क्या-क्या है।



AGREEMENT by HOSPITAL (बिनाबुडु कल)

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.

हार्दो अविष्कृत, प्रकाशित की ओर से सम्बन्धितों को "कॉलेजियल फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु पिफरिडा की खाते हैं, जिसे इन (इन्वेंचर्स) दिने प्रभाव से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही परिवार में शिक्षित छात्रावस्था किसी भी छात्रों को संतान या किसी अन्य स्त्री से उच्च शैली-मानकों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलेज काउन्सिल" से शिक्षित/विश्वीय उच्च को संभव है "कॉलेज काउन्सिल" द्वारा मर रहे हैं कि है। यह "कॉलेज काउन्सिल" द्वारा छात्रावस्था विरहित अतिरिक्त/संभव है मनुष्य की किताब जहां है तो अस्पताल किसी अन्य भी छात्रों को संतान या किसी अन्य संतान से छात्रावस्था लेने का अतिरिक्त सुनिश्चित करता है। इस धृष्टि में संतान कहा जाता है कि अस्पताल शिक्षित मर उच्च शैली/मानकों में लेने किसी भी छात्रों को संतान या किसी अन्य संतान से नहीं लेता/लेती।
2. "कॉलेज काउन्सिल" से ही यह छात्रावस्था केवल शिक्षित प्रकृति की है। ऐसी या इसका द्वारा ही यह संतान या किने न के अस्पताल/शिक्षित का ध्यान लेती एवं इसका के बीच का विषय है और "कॉलेज काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई उच्च नहीं है। इसीलिए इसका में ऐसी के द्वारा मनुष्य और अन्य जाने की सारी विनियमों ऐसी एवं इसका के लेने और "कॉलेज" को कोई शिक्षित या विनियमों द्वारा मानने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीयानी ये दिव संस्तति

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 09/12/2019	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCS Reg. No. - 50871 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Sh. Anurag Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायो इत्यर्थ 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायो इत्यर्थ 2
	