

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)																																														
APPLICATION No.: K/1219/2854		APPLICATION DATE: 30/12/2019		 Building block of life.																																														
NAME of APPLICANT: SANATKUMAR MODAK		AGE-YEARS: 74				SEX: M																																												
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAGABANDHU MODAK		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: HARAL DASHPUR, PANDUA, HOOGHLY, WEST BENGAL																																																
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE																																																		
OCCUPATION: UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)																																																
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 21000 X 12 = 252000		(Attach Proof of Income)																																																
PAN No. [Blank]		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No																																														
FAMILY DETAILS		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Name of Family Member</th> <th>Age (Years)</th> <th>Gender</th> <th>Relation with Applicant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>SANATKUMAR MODAK</td> <td>74</td> <td>M</td> <td>SELF</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>SOUHLEN MODAK</td> <td>42</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	1.	SANATKUMAR MODAK	74	M	SELF	2.	SOUHLEN MODAK	42	M	SON																														
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant																																														
1.	SANATKUMAR MODAK	74	M	SELF																																														
2.	SOUHLEN MODAK	42	M	SON																																														
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)																																																		
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)																																														
Any Other Basis/Proof																																																		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:																																																		
Medical Reports/Prescriptions Attached																																																		
Sr. No.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE																																																	
1.	SURGERY — RE (SICS + IOL)																																																	
2.																																																		
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES																																																		
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE																																															
1.																																																		
2.																																																		

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰੰਘਿਤ ਪੁਰ ਅੰਦਰ ਪਰ:**

- 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 सचता हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी प्राप्ति को सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ही कर रही है, उसका उपयोग उचित प्रकार की पूर्ति के लिये किए जानेगें, जो इस प्रमाण में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर सचता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रमाण किया जा रहा है, उस एवम् का व्यर्थिक या समकालीन किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरन्स कंपनी से न हो शिवाय कि और न ही भविष्य में होगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इस्तेमाल या प्रकाश को जान साकार, मैं (अर्पणक) अपनी छायाचित्र को मुद्रित कराना है एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रकाशित हैं, जहाँ "कोशिका" एम्बल्ड नाम, रूप, साधक का चित्र उद्घरण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को निर्देशित करने के लिए प्रकाशित करने से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इस्तेमाल के पक्षों के कारण मेरे मामले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चित्र और विवरण को कि फाउंडेशन के उद्घरणों से प्रभावित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" एम्बल्ड नाम, रूप, साधक का चित्र उद्घरण से जुड़ी गतिविधियों का निर्णय भरोसे और साधक को होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अन्योक्त को इत्यादि या अंगुष्ठे या निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (एक्काइ पद मनु)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हवाई अड्डा, हवाई को और से समस्तरेखी को "कॉन्सिडर फ़ायनल" से विविध रासायनिक हेतु विपरीत को खाली है, बिना इन (हवाई) निम्न प्रकाश से मात्र व सौकर काते है।

- 1) यह कि न तो चरित्र और न ही परिवर्ण में किसी सहायक किसी भी प्रकार की संख्या या किसी अन्य चरित्र से उच्च ऐंसे/पायले में लेगे या ले पाई है, जैसे कि इनमें "कॉलिक्का फायरवेयर" से विकसित/विकसित उच्च को संख्या में "कॉलिक्का फायरवेयर" द्वारा भर देई कि है। यों "कॉलिक्का फायरवेयर" द्वारा सहायक चरित्र अधिक/अधिकतम हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य भी प्रकार की संख्या या किसी अन्य संख्या से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वारा भर उच्च ऐंसे/पायले हेतु किसी भी प्रकार की संख्या या किसी अन्य संख्या से नहीं लेएं/लेई।
- 2) "कॉलिक्का फायरवेयर" से ही यह सहायक चरित्र विकसित प्रकृति की है। ऐंसे या इत्यतल द्वारा ही यह सहायक या चरित्र नये इत्यतल/प्रक्रिया का धुवन ऐंसे एवं इत्यतल को बीच का चरण है और "कॉलिक्का फायरवेयर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखन नहीं है। इसलिये इत्यतल में ऐंसे को इत्यतल सुरक्ष और अन्य जाने की सारी विनियमों ऐंसे एवं इत्यतल की ऐंसे और "कॉलिक्का" को कोई अधिक या विनियमों इस पायले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिश को लिए संभ्रति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/12/2017	Dr. K. Ghosh MBBS, DGO, DNB, FSCS Reg. No.-508 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रधर 2
	