

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)				 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No. : K/1219/2871 आवेदन संख्या :			APPLICATION DATE : 30/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : KANAK BISWAS आवेदक का नाम			AGE-YEARS उम्र-वर्ष 64	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SHAPAN BISWAS पिता/कन्या का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता GARASAI, NORTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION : HOME MAKER व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 10000 X 12 = 228000 कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. सत्याई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (को यहाँ जो उचित पर सही का निशान लगायें) Yes / No हाँ / 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.	KANAK BISWAS	64	F	SELF	
2.	BAPT BISWAS	32	M	SON	
3.	RINKU KARMAR	26	F	DAUGHTER	
4.	TINKU KARK	22	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनोद आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		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)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SICS+IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त किया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली		

DECLARATION by APPLICANT: স্বাধীনতা চ্যুত স্বাধীনতা দায়:

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी दृढ़ वकालत होती "कौशिका फाउंडेशन", से ही है जो सही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पता पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि निम्न सहायता हेतु पर प्रत्येक को नहीं है, इस दृष्टि का अधिकार या प्रत्येक विवरण किसी अन्य प्रोविडर/इन्सुरन्स/कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक को करार)

- 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 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.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में संघटित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, माध्यमों द्वारा प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरी हस्तक्षेप के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता से उपरोक्त से प्रेषित है मुझे सहायता प्राप्त करने का इच्छुक नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अल्पक के हाथों या अंग्रेजी का निगल



AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट हॉस्पिटल द्वारा)

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, हाउसफोर् की ओर से मजदूरों-रैफे की "कोरिडोर फेडरेशन" से विविध सहायता हेतु रिफरीस की जाती है, जिसे हान (हानजाल) निम्न प्रकार से धन्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित प्रावधान किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्वरूप से उच्च ऐंग्रेजी/फार्म में होने या हो पाए हैं, जैसे कि इनमें "कॉर्पोरेशन फॉर-द-लॉ" से विधायिका/संसदीय उच्च को सम्मान में "कॉर्पोरेशन फॉर-द-लॉ" प्राप्त होना है। यदि "कॉर्पोरेशन फॉर-द-लॉ" प्राप्त प्राप्त विधि अधिकार/सम्मान हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो संविधान किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सम्मान होने का अधिकार सुनिश्चित करता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जा सकता है कि संविधान द्वितीय पक्ष उच्च ऐंग्रेजी/फार्म हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं संभव/होगी।
- 2) "कॉर्पोरेशन फॉर-द-लॉ" से ही यह संविधान केवल विहित प्रवृत्ति को है। ऐंग्रेजी या इंग्लिश प्राप्त ही यह प्राप्त या किये गये प्रवृत्ति/प्रवृत्ति का ध्यान ऐंग्रेजी एवं इंग्लिश को बीच का विषय है और "कॉर्पोरेशन फॉर-द-लॉ" प्राप्त किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इंग्लिश में ऐंग्रेजी के इंग्लिश मूल्य और अपने अपने को नहीं विनियोजी ऐंग्रेजी एवं इंग्लिश को होने और "कॉर्पोरेशन" को कोई प्रभाव या विनियोजी इस मामले में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery अंशदान की तारीख 30/12/2019		(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा		(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्तक्षर अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 विश्वसनी हस्ताक्षर 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 विश्वसनी हस्ताक्षर 2		
					