

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0120/2935		APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 11/2020		
NAME of APPLICANT: / आवेदक का नाम: SEFALI DAS		AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 72	SEX / लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: / पिता/पति का नाम: RATAN DAS				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: / वर्तमान निवासीय पता: CHHOTA SAGULTA, NORTH 29 PARGANAS, 743294, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: / स्थायी निवासीय पता: AS ABOVE				
OCCUPATION: / व्यवसाय: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: / वार्षिक आय: RS 1300 X 12 = 15600/-		(Attach Proof of Income) / आय का सबूत संलग्न करें		
PAN No. / पैन संख्या: [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर गहरी का निशान लगाएं) 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.	SEFALI DAS	72	F	SELF
2.	RATAN DAS	56	M	SON
3.	SILA DOLUT	42	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय का आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) / वरगोका कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे मने विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (STICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से प्राप्त प्राप्त हो?				
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ही गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਨਾ:**

- 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 कबल ई कि इस प्रश्न मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी छात्रावधि विद्या भी खत्म होती है।
- 2) मेरी छात्र मे छात्रावधि एवम् "कोशिका फाउण्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग मेरी वरदान की पूर्ति के लिये किया जायेगा, मेरे इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल ई कि मैं छात्रावधि से प्राप्त की जा रही है, उस एवम् का व्ययिक का समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach DO NOT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 its 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) यहाँ पर सहमत हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" पत्र में प्रकाशित करें, या, याचना/याचिका द्वारा अर्हता के मुद्दे पर विचार/निर्णय और प्रस्तावित/अर्हता के विषय में किसी भी प्रकार संपन्न हो प्रकाशित करने से शिष्ट अधिकृत हूँ। वे इस प्रकार का विवरण भी इसका प्रकाश या पत्र या पत्र के माध्यम से शिष्ट "कोशिका फाउंडेशन" के भरोदारों को प्रकाशित करें।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के अर्हता के मुद्दे पर अर्हता के अभाव या अभाव की वजह से इसका प्रकाश "कोशिका" पत्र में प्रकाशित करने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अनुसंधान के प्रसारण का अंग्रेजी का विभाग



AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट ड्यु हॉस्पिटल)

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 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.

इससे स्पष्ट है, इसका अर्थ भी और दो प्रकारों में है "बोशिया काज्यायन" से मिली घाघरा देह विभक्ति की जाती है, यिने इय (अप्यया) गिन प्रकार से माने व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

बन्नीछापी यो शिरा संरक्षति

Date of Surgery अंगणतय को सरीख 1/1/2020	Dr. Priyanka Chakraborty (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम य इस्तेमाल य उरि २	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम य पर इस्तेमाल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION गणनाईक उपयुक्त ईक

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	