

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: K/0120/2968		APPLICATION DATE: 2/1/2020	
NAME of APPLICANT: NAGESHWAR RAJAK		AGE/YEARS: 71	SEX: M
FATHER/SPOUSE'S NAME: LAKHAN RAJAK			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 40/2 KANTADANGA ROAD, DUNGURAHAT, BARHAT, NORTH 24 PARGANAS, 743100, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 X 12 = 21600		(Attach Proof of Income)	
PAN No. & ICD Code			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	NAGESHWAR RAJAK	71	M
2.	RAJES RAJAK	42	M
Relation with Applicant: SELF 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:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE		
2.	SURGERY - RE (SIT + IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	



DECLARATION by APPLICANT: **ਅਨੇਕ ਹੁਣ ਅੰਮ੍ਰਿਤਸਰ ਤੋਂ:**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashioka 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 सच कह रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं रहता है तो मेरी प्रार्थना निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सच कह रहा हूँ कि, यदि मुझे कृषिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की है।
- 3) मैं यहाँ पर सच कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार का भुगतान/पैसे वापस करने का प्रयास नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (subject to WFO)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 मुद्रित छाप पर (आवेदक) अपने जवाबों को मुद्रित करना है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करना है कि वे नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में संलग्न हैं, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासीयों, चार, सचिव/सचिवों द्वारा उद्देश्य के कुछ संश्लेषणों और उपलब्धियों के लिए बिना भी प्रकाश प्रकाश में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में प्रकाश के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH MAY VARY)

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.

हार्दो अधिकतर, हाराधरी को अंग के गणपतेश्वरी को "कोशिका कायस्थान" से मिलिय सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हमसादा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित सामान्य किसी भी प्रावधानों संरक्षण या किसी अन्य प्रकार से उन्मा ऐतिहासिकों में होने का लोख है, जैसे कि इन्मे "संविधान कायदेनार" से सिधदीकरण/विशेष प्रका के समान या "संविधान कायदेनार" द्वारा गहर हेतु कि है। यदि "संविधान कायदेनार" द्वारा सामान्य विधि अतिरिक्त/अथवा हेतु समुदायी विधि का लोख है तो संविधान किसी अन्य भी प्रावधानों संरक्षण या किसी अन्य सामान्य में संरक्षण होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि संविधान द्वितीय गहर उन्मा ऐतिहासिकों हेतु किसी भी प्रावधानों संरक्षण या किसी अन्य प्रकार से नहीं संरक्षण/हेतु।
2. "संविधान कायदेनार" से ही यह संरक्षण संभव विहित प्रवृत्ति को है। ऐसी पर इन्मा द्वारा ही यह संरक्षण या विने लोख उन्मा/प्रवृत्ति का समुदायी एव इन्मा का लोख का विना है और "संविधान कायदेनार" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इन्मे इन्मा में ऐसी के इन्मा सुरक्षा और लोख जाने को नहीं विन्मे/ऐसी एव इन्मा का लोख और "संविधान" को कोई रक्षण या विन्मे/ऐसी प्रका लोख में नहीं संरक्षण।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee प्रियांका चटर्जी Reg. No. 70555 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. सह छाप	Dr. S. S. Bagchi Dr. S. S. Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इनका छाप अतिरिक्त अतिरिक्त
--	--	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इच्छा ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यायी इमरतुल्लाह २

Rich