

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/0120/2985 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 3/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SUBHADRA SARDAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 61	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PALASHNATH SARDAR पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कांतिन आवासीय पता UTTAR MOLLA BARDAGAD, GEMAN PUKUR, MINARHA, NORTH 24 PARGANAS 743425, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 14000 X 12 = 168000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)		
PAN No. संपत्ति कर संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न का निशान 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.	SUBHADRA SARDAR	61	F	SELF
2.	CHAROLATA SAMANTA	34	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (प्रमाण पर को जमा प्रती संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (प्रमाण पर को जमा प्रती संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पर को जमा प्रती संलग्न करें)
Any Other Basic/Proof अन्य कोई साधक				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 कितनी अन्य स्रोतों से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		



DECLARATION by APPLICANT: **জ্ঞানদেব প্রভু শ্রীমন্ত দাস:**

- 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 Kashiwa 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 तब ही इस प्रश्न में 'हाँ' लिखूँगे यदि मैंने वास्तव में अनुदान प्राप्त एवं प्रयोक्त किया है। यदि कोई विश्वास पूर्ण कारण उपलब्ध कराया जाता है तो ये भी स्वीकार्य विचार को आप प्रभावित करेगा।
- 2) यदि आप कोई स्वीकार्य उद्देश्य "कौशलिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त कर रहे हैं, प्रत्यक्ष उपयोग नहीं कर रहे हैं तो यहाँ 'हाँ' लिखें किना कारण, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल तब ही 'हाँ' लिखूँगा यदि मैंने वास्तव में अनुदान प्राप्त कर लिया है, अन्यथा यदि मैंने वास्तव में अनुदान प्राप्त किया है तो मैं यहाँ 'हाँ' लिखूँगा अन्यथा 'नहीं' लिखूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति दान 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 छवि और पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एवम् भरोदारों, चार, सहायक रूप से उत्प्रेषण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को सिलेक्टिवी को प्रसार प्रकाशित से प्रकाशित करने को लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का निवारण और प्रत्यक्ष को प्रत्यक्ष या बाद में करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोदारों अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक से उत्प्रेषण से अधिकृत है प्रत्यक्ष है। सहायक का उपचार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् भरोदारों भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अनुभव से समझना या सीखने का विधान

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH TO YOU)

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.

हमारे अधिकार, हमारा ही को अंत से बदलाव/पेरी को "कॉन्टिन्गेंसी प्लान" को विविध आधारों से विचारित की जाती है, जिसे हम (हमारा) दिन प्रभार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती से लिए संभवित

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 3/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व ई. नं.	Shri. Arun Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2	
		