

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0120/3004	APPLICATION DATE : 3/1/2020		
NAME of APPLICANT : SHRIKANTA DAS	AGE-YEARS : 67	SEX : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RAMESHAR DAS			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>SUDHA KHALI, POOTA 24 TARGHANS 743347, WEST BENGAL</u>			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>AS ABOVE</u>			
OCCUPATION : UNEMPLOYED	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 15000 X 12 = 180000	(Attach Proof of Income)		
PAN No. : <u>XXXXXX</u>			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हा / No / नहीं			
FAMILY DETAILS			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	SHRIKANTA DAS	67	M
2.	NAGENDU DAS	32	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध			
1. SELF 2. SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय एवं वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनोद का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE		
2.	SURGERY - RE (SICS TIOU)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक लाख सहायता की राशि	



DECLARATION by APPLICANT: **স্বাধীনতা চূড়ান্ত স্বাধীনতা**

- 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 कतार दूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे सही बताया गया होगा।
- 2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए करूँगा/करूँगी, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से जो भी मदद मिले उसे भी वापस नहीं करूँगा/करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING DU WOC)

- 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/put-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 उत्तरदाता या संकेत की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत बनाऊँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयगत इस प्रश्न में उल्लिखित है, इसे "कोशिका" समूह पत्रों, पत्र, संचारमाध्यम द्वारा प्रसारण से मुझे प्रतिनिधित्व और प्रचार/विपणन के प्रयासों करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के फलस्वरूप या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे किसी भी भरोदारों से अधिकृत है मुझे मदद। भरोदारों का निर्णय मेरी स्वीकृति के लिए "कोशिका" समूह उनके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अनुभव के बिना ही नई चीजें करने का विचार



AGREEMENT by HOSPITAL. (FURNISH THE WRIT)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Institution) 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.

[illegible]

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीडिश को लिए संस्थान

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 3/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee MBBS, MD Reg. No. 70555 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद लिखें	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 आशी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आशी इलाका 2	
		