

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0120/3069 APPLICATION DATE: 6/11/2020

NAME of APPLICANT: PARTIMAL GOSWAMI AGE-YEARS 73 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KRISHNA BANDHU GOSWAMI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: HARI PARA, UTTAR PARA, NADIA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -

OCCUPATION: UNEMPLOYED

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600X12 = 19200/- (Attach Proof of Income)

PAN No. स्याई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

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.	PARTIMAL GOSWAMI	73	M	SELF
2.	NIRMAL GOSWAMI	42	M	SON
3.	BANDHANA DAS	38	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियम 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 (CS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस हेतु सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: **अभिनेता द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 घोषणा करता 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) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका काउन्सेलिंग", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पर यदि का अतिरिक्त या समान दिरंगा किसी अन्य कोट/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जाये तो यह अधिकार में ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जदारी 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 दस्तावेज़ पर अपने हस्ताक्षर या मोहरे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वे बिबरन इस दस्तावेज़ में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, सहायता के द्वारा उद्देश्य से दूसरी गरिबीविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सामान्य से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का बिबरन मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बिबरन को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अमेरिका में इस्लाम का भविष्य का विषय



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

6/1/2020

Dr. Hari Shankar Nag
MSEBMS (JPMTH)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हाकर का नाम स हस्ताक्षर व रजि. न.

Sankar Bagchi

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

यस न एव हस्तगत अधिपत्य अधिपत्ये

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 नामी हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी इकाया 2

Rich