

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: K/0120/3101 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 7/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SRUSTIDHA NAYAK आवेदक का नाम		AGE-YEARS अनु-वर्ष 80	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GHIM CHADRA NAYAK पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता 77 CLUB ROAD, SURCHAK, PANIHATI, NORTH 24 PAIGANAS, NORTH, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u>				
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 X 12 = 22800/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. <u>सही सात संख्या</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम हो उस पर सही का निशान लगाएं):				
Yes / No हां / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SRUSTIDHA NAYAK	80	M	SELF
2.	UNESH CHANDRA NAYAK	47	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनंति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच की जा सकती है)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का आय पर (आय पर की जांच की जा सकती है)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जांच की जा सकती है)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये विनंति का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — CE			
2.	SURGERY — (CE (STICS + TOR)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता धारा	



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शदक 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 प्रकरण में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई विवरण सत्य नमाना जाय तो इसकी मदद प्राप्त नहीं की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं यह हूँ, इसका उपयोग सही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उपाय को नहीं हूँ, इस उपाय का भौतिक या वित्तीय विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो गया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा की छाप लगाकर, मैं (अर्शदक) अर्शदक सचिव को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित करें, कचरा/चप के माध्यम से या अन्य किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। इस प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे हस्ताक्षर के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित नहीं किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे हस्ताक्षर के प्रसारित करने से मेरी मदद प्राप्त करने का अधिकार नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उपाय के न्यासीय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सचिव/उपाय को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरा हस्ताक्षर और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/उपाय या किसी अन्य स्रोत से उपाय से पूरा करने के लिए या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु संपूर्ण नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/उपाय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि हस्पताल वित्तीय प्रकरण उपाय/उपाय हेतु किसी और स्रोत/उपाय से किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपाय पर हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता या बिना मेरे हस्ताक्षर/उपाय का चुनाव लेने एवं हस्पताल के उपाय का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपाय के हस्ताक्षर सुरक्षित और मान्यता को सही विधेय/उपाय एवं हस्पताल की सहायता और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/1/2020	Dr. Nalini Kanti Karan MSB, FRCS, FRCR Reg No. 60129 Superintendent of Dr. Ragh. No. with Stamp हस्ताक्षर का पत्र या हस्ताक्षर या मुद्रा	Dr. Ankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शदक द्वारा उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--