

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: K/0120/3121 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 7/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: RASHMUNI SHAW आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 61 वर्ष	SEX: F लिंग	
FATHER/SPOUSE'S NAME: RAMJI SHAW पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: गैरस्थायी पता GAGDUT PARA, P.K. DASWAS ROAD, MITAKARA, NORTH 24 PARGANAS 700119, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: COOK व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 x 12 = 18000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)		
PAN No. क्या है? (आपका)				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर 'X' 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.	RASHMUNI SHAW	61	F	SELF
2.	RAMJI SHAW	56	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) रसमोचन कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोग/वैद्यकीय से कटी की गई प्रतिवेदन भूषी संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (SLCST + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लीया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: **জারীকৃত হও** (যদি)

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यक्ष में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं/अथवा सहायता प्राप्त प्राप्त है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कौशल विकास योजना", मेरी ही जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में मांग प्राप्त है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष को नहीं हूँ, उस प्रति का अधिकार प्राप्त किया किसी अन्य संगठन/व्यक्ति/कंपनी को न हो सिवाय कि और न ही अधिकार है।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE TWO OF THIS)

- 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/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 या अपने इच्छा या अन्य की आप सहमत हैं, (अन्यथा) अपने स्वामी की मुद्रा लगा दें एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करते हैं कि वे आप, आप, फोटो और या विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारण या अन्य तरीके से मुद्रा प्रकाशित और प्रकाशित करने के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण से इच्छा के पक्ष या आप के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (अन्यथा) इस बात से सहमत हूँ कि वे आप, आप, फोटो और विवरण को कि आपका से इच्छा से प्रकाशित हूँ मुझे समझ: आपका या इच्छा की वकालत इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित प्रकाशित का विवरण अधिकृत और अधिकृत होना:

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपका यह प्रश्न बहुत ही महत्वपूर्ण है।



AGREEMENT by HOSPITAL (FINDIT 100 0000)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hosantsi) 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]

- 1) यह कि न तो चर्चामय और न ही सुविमर्श में विभिन्न राजकाज किसी एक शास्त्रीय संरचना या किसी अन्य पद्धति से उभरा टेलीफोनलों में होने या हो जाने है, जैसे कि इनमें "कोलिका फायरवॉल" के डिजिटल/डिजिटल उभार के समर्थन में "कोलिका फायरवॉल" द्वारा गहरा है। यदि "कोलिका फायरवॉल" द्वारा साक्षात् विभिन्न डिजिटल/डिजिटल हेतु गणना की गिना जाता है तो साक्षात् किसी अन्य एक शास्त्रीय संरचना या किसी अन्य समर्थन के साक्षात् होने का अर्थवत्ता सुनिश्चित रहता है। इस सुविधा में स्पष्ट कहा जाता है कि साक्षात् डिजिटल गहरा उभार टेलीफोनलों हेतु किसी एक शास्त्रीय संरचना या किसी अन्य समर्थन में नहीं लेना/लेनी।
2. "कोलिका फायरवॉल" के ही गति साक्षात् संरचना विभिन्न प्रकृति की है। टेली या इन्फार्मेशन द्वारा ही यह साक्षात् या विभिन्न गति प्रकृति/प्रकृति का भुगतान टेली एवं इन्फार्मेशन के बीच का विषय है और "कोलिका फायरवॉल" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकृति नहीं है। इसीलिए इन्फार्मेशन में टेली के इन्फार्मेशन और अन्य गति की गति विभिन्न टेली एवं इन्फार्मेशन की टेली और "कोलिका" की कोई प्रकृति या विभिन्न टेली उभार प्रकृति में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अपनी मर्यादाओं को स्थापित करने के लिए

Date of Surgery अस्त्राण की तारीख 7/1/2020	Dr. Nailakshi Karan MBBS, DGO, DNB Reg. No.-63729 (Name of DE & Regn. No. with Stamp) डॉ. नायलक्षी कारन एमबीबीएस, डीओ, डीएनबी रेगिस्ट्रेशन नं.-63729 केन्द्र	Eshwari Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) एश्वरी बागची निदेशिका
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेदार 2	
		