

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य रक्षण)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0120/3166		APPLICATION DATE: 8/1/2020			
NAME of APPLICANT: SUBIR SADHUKHAN		AGE-YEARS: 64	SEX: M	 	
FATHER/SPOUSE'S NAME: BANSHIDHAR SADHUKHAN					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 10/3A, BISHANNAGAR ROAD, ULTADANGA MAIN ROAD, KOLKATA 700067, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 18000 X 12 = 216000		(Attach Proof of Income)			
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	SUBIR SADHUKHAN	64	M	SELF	
2.	SONAL SADHUKHAN	36	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
EPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SICS+IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			

DECLARATION by APPLICANT: ਅਰਜ਼ਦਾਰ ਦਾ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨਾਮ:

- 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 कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रत्येक 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 निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी इस मद का उपयोग यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही हो रहा है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई है, इस सहायता का व्ययिक या सहायक किसी अन्य स्रोत/रोजगारकर्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में हो।

AGREEMENT by APPLICANT (ਅਹਵਾ ਦੁਆਰਾ ਭਰਨਾ)

- 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/print-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 का उत्तर इसलिए या अथवा को ज्ञान साधक, मैं (अर्हक) अपने छात्रों को दिए गए हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करते हैं कि वे मेरा नाम, पता और विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रेषित, प्रकाशित करने के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ट्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद वेद वेद, नाम, पता और विवरण को कि छात्रों के उत्तरों में शामिल हैं उन्हें ज्ञान: छात्रों का उत्तर को देना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उत्तरों को प्रेषित और प्रकाशित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 [Signature]



AGREEMENT by HOSPITAL (THIS IS NOT)

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.

हमारे अविष्कृत, हवापट्टी की ओर से समारोह/पेनी को "बीडिआ का 'काउन्टेरा' को विभिन्न राजाया देव विजयीता को जाली है, जिसे हम (हवापट्टा) विमल प्रकाश से मान्य व अविष्कृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो कोशिका और न ही परिवेश में स्थित साधारण किसी एक घटक की संख्या या किसी अन्य घटक से उच्च होती-पासों में होने या तो हो है, जैसे कि इनमें "कोशिका साधारणता" से निपटारित-विशेष उच्च को संख्या में "कोशिका साधारणता" द्वारा गहरा देखा है। यदि "कोशिका साधारणता" द्वारा साधारण किसी कोशिका-घटक से अनुपात को किंचित उच्च है तो अनुपात किसी अन्य एक घटक की संख्या या किसी अन्य घटक से उच्चता होने का अर्थित सुनिश्चित नहीं है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाय है कि अनुपात स्थिति पर उच्च होती-पासों में होने किसी एक घटक की संख्या या किसी अन्य घटक से नहीं ले-पा-लेती।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृतो नो हिद संस्यति

Date of Surgery अर्पण की तिथि 8/1/2020	Dr. P. V. Chelappa (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाहा व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाहा व अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 ग्याही इलाहा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ग्याही इलाहा 2	
		