

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life.					
APPLICATION No.: K/0120/3167		APPLICATION DATE: 8/1/2020					
NAME of APPLICANT: RANJIT DEBNATH		AGE-YEARS: 71	SEX: M				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BRASAGOPAL DEBNATH							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>DESHBANDHU SARANI, GHOSHAPARA, NISCHINDA GALLY, HOWRAH 711021, WEST BENGAL</u>							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u>							
OCCUPATION: UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 x 12 = 18000		(Attach Proof of Income)					
PAN No. <u>XXXX XXXX</u>							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No							
FAMILY DETAILS							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	RANJIT DEBNATH	71	M	SELF			
2.	RHMALESH DEBNATH	45	M	SON			
3.	ELA PRAMANIK	34	F	DAUGHTER			
4.	UTSAL DEBNATH	31	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
परीची रेखा के पीछे प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र		उपभोक्ता कार्ड		अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
Medical Reports/Prescriptions Attached							
Sr. No.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE						
1.	SURGERY — RE (SICS+IOL)						
2.							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता प्राप्त की है या नहीं?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
1.							
2.							

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰੰਭਤਾ ਦਾਤ ਅੰਬਰਾ ਦਸ:**

- 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 बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नभवन अथवा गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त भी हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता प्राप्त "कौशल विकास योजना", से ही यह पढ़ाई है, उसका उपयोग पूरी पढ़ाई की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं किसी सहायता से नही यह प्रयोजन भी नहीं हूँ, इस पढ़ाई का आर्थिक या सहायता निरस्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही पढ़ाई में पूर्णतः

AGREEMENT by APPLICANT (အသွင် ခိုး နာမည်)

- 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अग्रे सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" एपसू न्यायीयों, चार, पाचक/पाचकियों द्वारा प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विषय मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या चार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न: कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों को "कोशिका" एपसू न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके पेट में इतना पच नहीं पा रहा है



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH BY WCO)

- Ily 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 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.
- हस्ता लिखित, हस्ताक्षर की ओर से उपरोक्तों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विचारणीय की जाती है, किसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य संगठन या किसी अन्य संस्था से उभरा लेनी/पाने में लगे न हो रहे हैं, केवल कि इनमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय/वित्तीयिक सहायता के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/परिचालित हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और परामर्शी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अलगदात द्वितीय पर उभरा लेनी/पाने हेतु किसी और सहायती संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं सोचा/लेते।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे पर हस्तगत द्वारा दी गई सहायता से किसे यदि उपचार/प्रक्रिया का सुधार लेनी एवं हस्पताल की सेवा का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने की इलाज सुचारु और अपने कार्य की सभी नियंत्रण लेने एवं हस्पताल की सेवा और "कोशिका" की कोई सुविधा या नियंत्रण इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृतो यो शिष्यः सोऽपि

Date of Surgery अस्त्राण की तारीख 8/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee MBBS, DNB (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. प्रियंका चटर्जी एमबीबीएस डीएनबी	Dr. S. Basu (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. एस. बासु एमबीबीएस एडिक्टर एडिक्टर
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इन्द्रधारा 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इन्द्रधारा 2
		