

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(सन्दर्भसंग्रह विज्ञानभाली)

 Koshika
foundation

Published online in *BJM*

APPLICATION NO. আবেদন নম্বর	M/1022/0402	APPLICATION DATE আবেদন তারিখ	14/10/22
NAME OF APPLICANT: আবেদক জাত নাম	KARTICK CHANDRA BISWAS	AGE/YEARS আয়ু-বর্ষ	72
		SEX লিঙ্গ	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: পিতা/স্বামী জাত নাম	AMOLYA CHANDRA BISWAS		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: বর্তমান আবাসিক যোগান			
RAMAKANTANAGAR, BANGSIDHARPUR, SOUTH 24 PARGANAS - 743395, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: স্থায়ী অবস্থানের যোগান			
— AS ABOVE —			



OCCUPATION

UNEMPLOYED

MARRIED (प्रियांकित) / UNMARRIED (अप्रियांकित)

TOTAL ANNUAL INCOME

N/L

(Attach Proof of Income)
(अपनी आय का सिवाय)

卷之三

ARE YOU AN INCOME TAX

ARE YOU AN INCOME TAX
PROFESSIONAL?

2010-11-12 10:45:00 10:45:00 10:45:00 10:45:00 10:45:00 10:45:00 10:45:00

Yes / No

FAMILY DETAILS

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	KARTICK CHANDRA BISWAS	22	M	SELF
2.	SHYAMOLI BISWAS	22	F	WIFE
3.	TAPAS BISWAS	95	M	SON
4.	TAPASYA BISWAS	42	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) बरोबरी के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लाप्त करि संलग्न करें)	EWE Certificate (Attach Certificate Copy) अधिक जन्म वार्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को लाप्त करि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को लाप्त करि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य काही साक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता के लिए गये विनाई का उद्देश्य।			
Br No. ब्रांड संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/काँचिर में जारी की गई प्रतिवेदन मुद्रा संलग्न		
1. DIAGNOSIS - CATARACT- RE			
2. SURGERY- RE (SICS + IOL)			

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
का उपयोग के लिए दूसरी स्रोतों से किया जा रहा है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशि:

DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा घोषणा करें।

- 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 बोलता करता हूं कि इस प्रकाश में दिए गए अपनी विवरण में सही जानकारी के अनुसार सब सही है। यदि कोई विवारण दर्शक कथन अलग था तो उसी बहावा मिलन की जा सकती है।
- 5) मैं द्वारा या याचिकाएँ "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही हैं, उसका उच्चारण इसी तरह की तृष्णा के लिए दिया जाएगा, जो इस प्रकाश में भी दिया गया है।
- 6) मैं द्वारा कहता हूं कि इस नामकरण का उत्तराधिकारी की जांच में नहीं लिया जाएगा और यह नामकरण का अधिकारी नहीं लिया जाएगा।

AGREEMENT by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा कराया जाए।

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/public/print/upload/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 fulfilment 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.
- 3) यह उपर या अन्य उच्चारण या लोक या अन्य भाषा, मैं (अप्पिकेंट) अपनी विवरण को दृष्टि करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन जी डाक्टर नामकरण" और यहां दिए गए विवरण इस प्रकाश में दर्शित हैं, इस "कोशिका" लोक, नामकी, लोक, भाषाद्वारा तृष्णा उत्तराधिकारी की उपलब्धियों के लिए दिया गया प्राप्ति या व्यापार करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपक वाला विवरण में इसके कानूनी या कानूनी अधिकृत हूं।
- 4) मैं (अप्पिकेंट) इस बात के सहमत हूं कि यो नाम, पात्र, या दीर्घ समय से इसका उपलब्ध नाम है ताकि मैं उसका नाम इकाया नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उनके नामकरण का विवरण जीवन और कानूनी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB-IMPRESSION:

जावेद अली इस्लाम द्वारा दिया गया।

Kashif Ali Biswas.

AGREEMENT by HOSPITAL: अस्पताल द्वारा कराया जाए।

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 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.

हमारी अधिकृती की ओर से याचिकाएँ की "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहमति दृष्टि की जाती है, जिसे इस (हास्पताल) निम्न व्यक्ति ने सबसे पहले दर्शित करता है।

- 1) यह कि न ही व्यापार और न ही विवरण में विवरण सहमति दिया गया जानकारी सहमति का दिया गया नहीं है, जैसे कि हमारी "कोशिका फाउंडेशन" में दिया गया विवरण की ओर से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दर्शाया दिया गया विवरण अधिकृत/सहमति नहीं दर्शाया जाता है तो अस्पताल दिया गया या जानकारी दीखता या दर्शाया जाने का अधिकार मुख्यतः रक्षित रखता है। इस दृष्टि में याचिका जाता है कि अस्पताल दृष्टि यह दर्शायें होंगी कि दिया गया विवरण सहमति नहीं होती है।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" में लो लाई बहायक कानून विवरण दर्शित की जाती है। यहां पर इसका दृष्टि यह है कि यह अस्पताल/कानून का युक्त नहीं है एवं हास्पताल की ओर से का विवरण है जैसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दर्शाया जाने का कोई व्यापक नहीं है। इसलिए इसका मौजूदा जाने का इसका सुझाव और जाने की जानी विस्तृत होती है। इस दृष्टि में याचिका जाता है कि अस्पताल दृष्टि यह दर्शायें होंगी कि दिया गया विवरण सहमति नहीं होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

संबोधित व्यक्ति के लिए दस्तावेज़

Date of Surgery अंगीरण की तिथि 14/10/2022	Dr Shubhashree Das Director M.B.B.S(M Gold Medalist) (MBBS, BPG, PG Diploma in Wrist & Hand Surgery) दाक्त का नाम व हस्ताक्षर व तीरं द.	OPTIONAL Signature of Authorised Signatory अस्पताल के अधिकारी द्वारा दिया जाने वाला अधिकारी का नाम व हस्ताक्षर SANKARA JYOTI SHARMA नाम व हस्ताक्षर अधिकारी अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

आनंदिक उत्तराधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2



