

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/0618/0465		APPLICATION DATE: 05.06.18 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम UTPAL MALLIK		AGE-YEARS आयु-वर्ष 53	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम SUNIL MALLIK					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता NAKUADAHIA TINDA, PANITAR, NORTH 24 PARGANAS, 743297, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION: व्यवसाय LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय RS. 2000x12 = 24,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	UTPAL MALLIK	53	M	SELF	
2.	MAYA MALLIK	48	F	WIFE	
3.	SANJIB MALLIK	13	M	SON	
4.	SANJAY MALLIK	10	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SICS TOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदय झा मोहन राय

- 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 दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कौशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का व्यतिक्रम या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोडनियर/कर्मचारी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ली जा

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pu/republish 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 इच्छा या अंग्रेजी की उपाय लेकर, मैं (आवेदक) अपनी सारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दाया, पाचनदायक दवाओं उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपेक्ष के समानता का अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (EVEN IF WOK)

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.

इससे अधिकतर इच्छाशरी की ओर से पाठान्तेरी की "कठिना पाठान्तेरी" से विविध प्रमाणों से विचारित की जाती है, जिसे हम (इच्छाशरी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त ऐंटी-कॉर्पोरेट में लीं या ले रहे हैं, बल्कि कि इनमें "कॉरपोरेट फंडाइटेशन" से निगरानी/अधिकृत उक्त के सम्बंध में "कॉरपोरेट फंडाइटेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कॉरपोरेट फंडाइटेशन" द्वारा सहायता विनियम अधिकाधिकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष गहरा उक्त ऐंटी-कॉर्पोरेट हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉरपोरेट फंडाइटेशन" से ले-ले सहायता केवल विहित प्रकृति की है। ऐंटी-फंडाइटेशन द्वारा ही यह सहायता या बिना लेने उक्त/अधिकार का प्रयोग ऐंटी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कॉरपोरेट फंडाइटेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसलिए, अस्पताल में ऐंटी के प्रस्ताव सुरक्षा और अपने अपने की जारी विनियमों ऐंटी एवं अस्पताल की होती और "कॉरपोरेट" की कोई सुरक्षा या विनियमों इस प्रकार में जारी होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सुखीकृतो षोऽलिप् संयुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05.06.18	 Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No.-56096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.	 Sanjay Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्यासी हस्ताक्षर 2
	