

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: K/0918/1220		APPLICATION DATE: 08/09/18					
NAME of APPLICANT: PUTUL BISWAS		AGE-YEARS 56		SEX F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MUKTI BISWAS							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: GOVALPOTA 0 KACHHARI PARA MAIN ROAD, BASIRHAT, NORTH 24 PARAGANAS, 743513, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE							
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)					
FAN No. सवाई छात्र संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes ☒ No ☐					
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.	PUTUL BISWAS	56	F	SELF			
2.	BAKESH BISWAS	35	M	SON			
3.	BISWA BISWAS	32	M	SON			
4.	ANARA BISWAS	29	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता 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 आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE						
2.	SUGERY - LE (SICS+IOL)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES							
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सो गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदक द्यु घोषणा पत्र:**

- 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 प्रश्न 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 स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि पर अधिकतम या समस्त हिसाब किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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/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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके व्यापारियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् व्यापारियों, दान, वाचनादय दूसरे उद्देशों से मुझे परिचयित करने और उत्तरदायित्वों को निवेदित करने में प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षरों के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या व्यापारियों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् व्यापारियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इलाखर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरित हुआ कर्तव्य)

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.

इससे अधिकतम, इसका अर्थ है कि 'बोशिका फाउन्डेशन' से वित्तित राशियाँ हेतु विपणन की जाती हैं, जिसे इन (राशियों) निम्न प्रकार से जाना व समझा जाता है।

- 1) यह कि न तो सर्वमान्य और न ही अधिकारों के विषय में किसी राजाशासक को किसी भी प्रकार की संपत्ति या किसी अन्य संपत्ति से उठाकर ऐसी/व्यक्तिगत या संगठन या से राई है, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सितार/विशेषी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद देना कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा राजाशासक विधि अधिकार/सम्पत्ति हेतु पानुन नही किया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सम्पत्ति से राजाशासक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाया है कि सम्पत्ति विशेष पद उक्त ऐसी/व्यक्तिगत हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संपत्ति से नही लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह राजाशासक अधिकार विधि प्रकृति की है। ऐसी या सम्पत्ति द्वारा ही यह सत्य या जिये गये व्यपचार/क्रिया का पुनः ऐसी एवं सम्पत्ति के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दान नही है। इसीलिए सम्पत्ति में ऐसी के द्वारा संपत्ति और अन्य जगह को सारी विधेय/ऐसी एवं सम्पत्ति को सारी और "कोशिका" की कोई भूमिका या निम्नोपरी इस संपत्ति में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वोक्तों के लिए संस्तुति

Date of Surgery सर्जरी की तारीख 08/09/18	 Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regd. No. With Stamp) डाक्टर का नाम व इम्तका नं. और मुद्रा	 Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इम्तका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इम्तका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इम्तका 2	
		