

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)				 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/1018/1342		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		PANKAJ BARIK		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
		71		M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम					
DHIRENDRA NATH BARIK					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता					
76 GOBABAGAN LANE, KOLKATA, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता					
AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
UNEMPLOYED					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
NIL					
PAN No. स्थायी छत्र संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
Yes / No हां / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	PANKAJ BARIK	71	M	SELF	
2.	JAMUNA BARIK	66	F	WIFE	
3.	TARUN BARIK	44	M	SON	
4.	JAYANTI BARIK	41	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
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) 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 आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SICST+IOL)				
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 सी गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

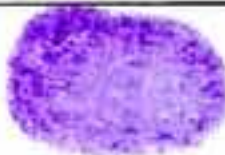
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी बात को साक्षात् एतत् "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जाना जा रहा है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पारा गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि जिस प्रभावित हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रभावित को अधिक या समस्त दिक्कत किसी अन्य प्रोविडेंट/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न हो सिया है और न ही यहाँ पर मैं लूटूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का कतर)

- 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 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.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके म्यूसीरों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयगत इस प्रपत्र में घोषित है, उसके "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, चारुचक्रादयः द्वारा उद्देश्य से मुझे वित्तियुक्ति एवं सहायता के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विषयगत मेरी इच्छा के चलते या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व म्यूसीरों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषयगत मेरी इच्छा के उद्देश्य से प्रचारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके म्यूसीरों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कबूल)

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:

- 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.

इन्हीं अधिकतः इतराधारी की ओर से सामल्लेखणी को "कॉलेजिका फाउन्डेशन" से विधिवे प्राप्ता हेतु लिखारिष की जाती है, जिसे इन (हस्तगत) निम्न प्रकार से साम्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सामान और न ही व्यक्ति में विविध सहायक किसी भी साकारो सामान या किसी अन्य स्वरूप से उक्त ऐंगीगन्तले में होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से शिकारीशक्तिगत उक्त के सम्बन्ध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विविध शक्तिगत/सकल हेतु मन्त्रा नही किंच ज्ञात है तो आम्बलत किसी अन्य भी साकारो सामान या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि आम्बलत द्वितीय पदर उक्त ऐंगीगन्तले हेतु किसी भी साकारो सामान या किसी अन्य साधन से नही लेण्ड/लेगी।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायक केंद्र विविध प्रकृति की है। ऐंगी पर इसकात द्वारा ही गई सहायक या किने गए उपकरण/प्रक्रिया का पुनरा ऐंगी एवं इसकात के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नही है। इसलिये हमकात में ऐंगी के इलाक़ मूल्य और जाने जाने की सही निम्नेटरी ऐंगी एवं इसकात को ऐंगी और "कॉशिका" को कोई प्रतिका या निम्नेटरी इस मायले में नही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 04/10/18	Dr. Arindam Deb MBS, DD, FRCS Reg. No. - 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Centre	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION गन्धर्वक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	