

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/11118/1605 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 15/11/18 आवेदन दिनांक:			
NAME of APPLICANT: MANORANJAN BISWAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 60	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PANCHANAN BISWAS पिता/सहोदर का नाम				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता UTTAR JOGESHWARI, UTTAR PARA, HINGOLGANJ, NORTH 24 PARGANAS, 743539, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता AS ABOVE					
OCCUPATION: FARMER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ / ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 2000 x 12 = 24,000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थापित नहीं					
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 / हाँ No / 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	MANORANJAN BISWAS	60	M	SELF	
2	SABITA BISWAS	53	F	WIFE	
3	MADHURI BISWAS	31	F	DAUGHTER	
4	BARNA LI BISWAS	28	F	DAUGHTER	
5	BIPLAB BISWAS	25	M	SON	
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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2	SURGERY - RE (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 हो गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: मातृसक हनु भवेषा वतः

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी इससे प्राप्त की सहायता केवल "कौशलिक प्रशिक्षण" के लिए ही सही है, इसका उपयोग किसी और हेतु के लिए नहीं किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या प्रारूप को नहीं, उस राशि का अधिकतम वापस करवा कर किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जतक द्वारा कबल)

- 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित है, जहाँ "कोशिका" एवम् न्याता, राज, चरचराए दूसरे उद्देश्य से मुझे जीविविधियों और वस्तुस्थितियों को सिखे किले को प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर पर पढ़ने पर यह मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्याता 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 स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्याताओं का निर्णय अंतिम और माध्यमात् होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपेंदक से इसाधर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

इसके अतिरिक्त, इस्तेमाल की ओर से मायसे/पेगो की "बोडिलस फ्रान्चइज" से विविध सहायता हेतु तिफरीस की जाती है, जिसे हम (इस्पात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वोपन और न ही सर्वोपन में विविध राशयत किन्तो गैर साकारी संरूपन या किन्तो अन्य रवित से उरक ऐंगी/सामने में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि इयने "कोशिका फाउन्डेशन" से शिवाशिवाविदि उरक से सम्पन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा राशयत किन्तो अशिका/सकल हेतु पन्तुर नही किच ज्ञात है तो असमयत किन्तो अन्य गैर साकारी संरूपन या किन्तो अन्य सम्पनयन से राशयत लेने का अधिकार सुपुषित रज्ज है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि असमयत द्वितीय पदर उरक ऐंगी/सामने हेतु किन्तो गैर साकारी संरूपन या किन्तो अन्य सम्पन से नही लेण/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी यह राशयत केवल विविध प्रकृति की है। ऐंगी पर इसमयत द्वारा दो यह सपुषत या किने गये उपका/प्रक्रिय का सुपन ऐंगी, एवं इसमयत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किन्तो उरक का कोई दकल नही है। इलीतरे इसमयत में ऐंगी के इरुन सुपुषा और जने जने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं इसमयत की ऐंगी और "कोशिका" की फेरी पमिका या जिम्मेदारी इस मयले में पही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 15/11/18	Manoj Giri MBBS, MS Reg. No. 60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल का रजि. नं.	Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तेमाल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनुसारिक उपप्लेग हेतु

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