

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता ढेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : FATHER'S/SPOUSE'S NAME: जितनकुमार का नाम : PRESENT RESIDENCE ADDRESS: भवित्व अवस्थीत पतः BHIMBOKHAN SHARDA PADA HOWRAH TELI WEST BENGAL	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : AGE-YEARS वय-वर्ष : 43 SEX लिंग : M.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान अवस्थीत पतः — AS ABOVE —				
OCCUPATION : उपचारक	LABOURER	MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (मिहिरिन) (Attach Proof of Income) (आवेदक का साध्य संलग्न)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आवेदन	RS - 2000 X 12 = 24,000/-			
PAN No. स्थायी संख्या संमेलन		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आवेदक जाति का यह है (जो जन्म हो उस पर सही का निश्चय साधाये):	Yes / No हाँ / नहीं	
FAMILY DETAILS घरीबार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरीबार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	DHYU MASKAR	43	M	SELF
2.	RABINA MASKAR	36	F	WIFE
3.	SOMAII MASKAR	15	F	DAUGHTER
4.	SWEETY MASKAR	12	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियोग व्यवाय				
BPL Card (Attach Card Copy) गटीबी रोका के लिये प्रधान वापर (प्रधान वापर की जगह इसी संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्थाय व्यवहार के प्रधान वापर (प्रधान वापर की जगह इसी संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उत्तराधिकार कार्ड (प्रधान वापर की जगह इसी संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई व्यवहार	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता ढेतु किये गये विनियोग का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्यवाचक/दीक्षित से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT LE			
2.	SURGERY - LE (SICS + EOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के डेतू कार्ड अन्य सहायता दिलाई अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ती गई मात्राएँ रुपये		

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन करने वाले का:

- 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 संकेत करता हूँ कि यह आवश्यक निवारण में व्युत्पत्ति का बहुत ज्ञान प्रयोग करता है। यह निवारण एवं आवश्यक आवश्यक कारण है जो मैं कोई आवश्यक कारण की वजह से नहीं हूँ।
- 5) मैं इस आवश्यक कारण की वजह से नहीं हूँ, उसका उल्लंघन वाली अपेक्षा की गई अपेक्षा है।
- 6) मैं युवा कारण हूँ जिसे आवश्यक निवारण में व्युत्पत्ति की वजह से नहीं है, यह दृष्टि का बहुत ज्ञान विवारण में व्युत्पत्ति की वजह से नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन करने वाले)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pull-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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस आवश्यक कारण की वजह से नहीं हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके उद्दीर्ण" को अधिकृत कारण हूँ जिसे कर, खर, खोटे और ये निवारण इस आवश्यक कारण की वजह से दीखता है, यह "कोशिका" एवं नाम, एवं, व्यवहार एवं उद्दीर्ण के युवी विविधरूप और उद्दीर्णरूप के लिये दिखते ही ज्ञान आवश्यक है।
- 4) यह आवश्यक कारण से नहीं हूँ कि मैं आवश्यक, खर, खोटे और निवारण में व्युत्पत्ति की वजह से नहीं हूँ कि यह "कोशिका फाउंडेशन" व नामी अधिकृत है।
- 5) मैं (अप्लिकेशन) इस आवश्यक कारण से नहीं हूँ कि मैं आवश्यक, खर, खोटे और निवारण में व्युत्पत्ति की वजह से नहीं हूँ कि यह "कोशिका" एवं उद्दीर्ण नामी व्युत्पत्ति की वजह से नहीं हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेशन के आवश्यक कारण की वजह से नहीं हूँ।



AGREEMENT by HOSPITAL. (अस्पताल का)

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.

इसी अधिकृत, आवश्यक की वजह से नहीं हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से निवारण आवश्यक हूँ जिसे कर, खर, खोटा आवश्यक कारण है।

1) यह कि यह आवश्यक की वजह से नहीं हूँ कि यह "कोशिका फाउंडेशन" के आवश्यक संस्थान के दिखते बन आवश्यक संस्थान में लौटे या लौटे हैं, ये कि इसी "कोशिका फाउंडेशन" से निवारण आवश्यक इस आवश्यक की वजह से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा आवश्यक हूँ कि है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा आवश्यक निवारण आवश्यक संस्थान से आवश्यक हूँ कि यह आवश्यक आवश्यक आवश्यक है। इस युवी में स्वास्थ का आवश्यक है कि अस्पताल द्वारा यह उस एंटीबायोटिक से नहीं दिखता जाएगा या दिखते बन आवश्यक से नहीं होना चाहिए।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लौटे यह आवश्यक आवश्यक हूँ कि है। ये कि यह आवश्यक आवश्यक का आवश्यक है एवं आवश्यक है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिखते आवश्यक का आवश्यक है। यह आवश्यक है कि आवश्यक आवश्यक आवश्यक है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए संकेत

Date of Surgery
आवश्यक की वजह से
05-01-2019

Dr. Alok Agrawal
1885, MS, Ph.D(Eye)
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
प्रियोरिटी का नाम है आवश्यक आवश्यक २

Babu Banker Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व एवं अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्भूत उपयोग हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इस्तमाल ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इस्तमाल ।