

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)			 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : K/0119/2489 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 14.01.2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : ANIMA DUTTA आवेदक का नाम		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 60	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NIRANJAN DUTTA पिता/पति का नाम		 		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 3/A, TAGOR HAZAR ROAD, SOUTH DUMDUM - MIDLANDS NORTH 24 PARAGANAS 700 074 WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION : HOME MAKER व्यवसाय				
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. संपूर्ण खाल छोड़ें				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लकड़ें):				
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.	ANIMA DUTTA	60	F	SELF
2.	SUBHEENDU DUTTA	58	M	SON
3.	MOURMITA DEY	55	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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)		Other Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विवरी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - HE			
2.	SURGERY - HE (SALTS + SOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: **জানিয়ে দিতে হবে:**

- 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/अथवा अलग सत्य ज्ञात है तो मेरी प्रार्थना निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में परामर्श है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि मैं इस सहायता से न ही अन्यत्र से न ही, या फिर या अधिक या अलग किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति दाता द्वारा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/republish/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब इनका या जगदी की छाप लालकरी, मैं (आवेदक) अपनी छावनी की मुद्रा लगाऊँ हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृत्वों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संकेतित है, उसे "कोशिका" एल्यू मीडियो, दूर, वाचकवार दूरों उत्तराय से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्भव हो अवधि करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण यही इलाज के पहले या कर के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भ्रातृ अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटो और विवरण को कि सहायता के उत्तराय से अधिकृत है मुझे प्राप्त; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एल्यू उसके भ्रातृत्वों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

અભેદના અંતરમાંથી આ બે બાળકોનો જન્મ થયો હતો.



AGREEMENT by HOSPITAL (एफएम डी ५०५)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Authorised) hereby affirm & accept following:

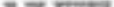
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इस अभियान, इलाहाबाद को और से यागोरोपेरी को "बोसिका चान्देन" से विविध छात्राणा हेतु विपरीत की जाती है, जिसे इस (इलाहाबाद) निम्न प्रकार से चान्द व इलाहाबाद करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही व्यक्ति में विविध सहायता किसी भी सावधानी संस्था या किसी अन्य स्तर से उच्च होती/पाएगी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फायदेदार" से निष्पत्ति/निष्पत्ति सहायता के सम्बन्ध में "कोशिका फायदेदार" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोशिका फायदेदार" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/व्यक्ति हेतु गन्तु नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य भी सावधानी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता विशेष गतर उच्च होती/पाएगी हेतु किसी भी सावधानी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फायदेदार" से लेने या सहायता संस्था विविध प्रकृति की है। लेने या इस्तेमाल द्वारा ही यह सहायता या बिने लेने उपचार/प्रक्रिया या सुचय लेने एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है जो "कोशिका फायदेदार" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसीलिए इस्तेमाल में लेने के इरादे सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी लेने एवं इस्तेमाल की होती और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

मन्वीकृतो षो लिप्य संस्तुति

Date of Surgery अंशोपनाम की तारीख 14-01-2019	 Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम और पंजीकरण संख्या के साथ	 Shiba Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसके अतिरिक्त अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION ग्रन्थिद्वय संख्या: _____

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्यासी इतरां 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्यासी इतरां 2
	