

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No.: K/000/2550				APPLICATION DATE: 16.01.2019	
NAME of APPLICANT: USHARATI DAS				AGE-YEARS: 50	SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHIBABRATA DAS					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: RAJCHANDRA BHATAK ROAD, PANCHATI, NORTH 24 PARGANAS 700100, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOME MAKER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL				(Attach Proof of Income)	
PAN No. [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	USHARATI DAS	50	F	SELF	
2.	MAHAY DAS	36	M	SON	
3.	MAHDI PAL	32	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-RE				
2.	SURGERY - RE (STITCHING)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा 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 धर्मस्थ कबल हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण सत्यन ज्ञान प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता दानि "कॉलिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ कि, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में दर्ज है।
- 3) मैं यहाँ कबल हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई है, उस दानि कि मैं अन्य किसी भी सहायता से प्राप्त किया किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (same as WOT)

- 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/post-upreproduce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्जितकर्ता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, इसे "कोशिका" एनएन आई, दान, वाचनादय दानों उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को होने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने में लिप्त अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्र में करने के लिप्त "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्जितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रकाशित को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः प्रकाशित का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन आई न्यासीय का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षणी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अमेरिका में इस्लाम का संघर्ष का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (HSPH) (HSPH) (HSPH)

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 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.

हमारे अधिकांश हमसफरी की ओर से सामान्यतः/सर्वे को "अतिरिक्त परामर्श" से विविध प्रणाली से निपटारा भी आती है, जिसे हम (हमसफरी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिकतर में विविध आशय का किसी भी आकाशी संकेत या किसी अन्य चलेन से उक्त टेलीफोन में होने या न होने, जैसा कि इनके "बोलिया फायरिंग" से सिद्ध/निश्चित उक्त को प्रत्यक्ष में "बोलिया फायरिंग" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "बोलिया फायरिंग" द्वारा आशय किसी अधिक/अवगत हेतु मजबूती किता जात है तो अवगत किसी अन्य भी आकाशी संकेत या किसी अन्य आशयन से आशय लेने का अधिकतर सुनिश्चित उक्त है। इस धृति में स्पष्ट कहा जात है कि अवगत द्वितीय पदर उक्त टेलीफोन हेतु किसी भी आकाशी संकेत या किसी अन्य आशय से नहीं लेना/लेती।
2. "बोलिया फायरिंग" से ही यह आशय बोल विविध प्रकृति को है। लेती या इत्यतल द्वारा ही यह आशय या किने गये उपचार/प्रक्रिया का प्रथम टेली एवं इत्यतल को बोल का विषय है और "बोलिया फायरिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रथम नहीं है। इसलिये इत्यतल में टेली को इत्यतल प्रथम और अन्य जाने को इती विनियमों टेली एवं इत्यतल को टेली और "बोलिया" को कोई सुनिश्चित या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सन्धीकृतो ऋषिः संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16-01-2019	Dr. Hari Shanker Singh MBBS, MS, (OPHTH) (Name of Doctor & Register No. with Stamp) Dr. Hari Shanker Singh, Director, Research Centre	Dr. Senkar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसकात अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ગ્રંથાલોક સંપાદન કેન્દ્ર

अनुसूचित जातों के लिए

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