

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/0119/2778 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 24/01/19 आवेदन तिथि		 	
NAME of APPLICANT: ANJAN NATH आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 53 वयस वर्ष	SEX: M लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MADHUSUDAN NATH. पिता/पत्नी का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>MAHAK PUR, CHANDRA BHASKAR ROAD, CANALPUR, HARIDWAR, SOUTH 24 PARAGANAS DISTRICT, WEST BENGAL.</u> वर्तमान निवास पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u> स्थायी निवास पता					
OCCUPATION: LABOURER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1500 x 15 = 22500/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. <u>XXXX XXXX</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्राय्य हो उस पर 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 संबंध	
1	ANJAN NATH	53	M	SELF	
2	SUMITRA NATH	48	F	WIFE	
3	GOBINDA NATH	26	M	SON	
4	SUBRATA NATH	23	M	SON	
5	SVPARNA NATH	19	F	DAUGHTER.	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ 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)		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 प्रतिलेखन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSTIC CHARACTER - LE				
2.	SURGERY - LE (Sacro 2nd)				
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 राशि		

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदय प्रौढ शिक्षण केंद्र

- 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 Kishika 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताना पड़ेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउण्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में दर्ज किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस सहायता हेतु मैं अन्यत्र से भी नहीं हूँ, या भविष्य में भी नहीं हूँ, इस सहायता के समान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (where DO NOT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 ढर्रे पर करने इजाजत या अंगीकरी को प्राप्त करके, मैं (आवेदक) अपनी छायांकित की छवि प्रकाशित करने सहित "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस ढर्रे में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा, या अन्य किसी भी माध्यम से मुझे प्रोत्साहित करने के लिए उपयोग करें। इस ढर्रे का उपयोग मेरी इजाजत के बिना या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रकाशित करने के लिए उपयोग करने से मुझे स्वतः कोशिका का इजाजत नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उनके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके बच्चे को बचाने का सबसे अच्छा तरीका



AGREEMENT by HOSPITAL (HSPH 20 400)

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.

क्याले जलियावा बागवाली को और दो जवानों/लड़कों को "बोलिबहा गजानंदलाल" से मिलियन सहायता देंदु विपन्नता भी जाती है, जिसे इन (इन्सानियत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकारा करते हैं।

- 1) यह कि न तो संघर्ष और न ही अभिन्न में द्वितीय सहायता किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य इकाई से उच्च टेंडीयरता में लेने या ले खंड है, जैसे कि इन "कोशिका फायरिंग" से निष्पत्ति/निष्पत्ति उच्च के समर्थन में "कोशिका फायरिंग" द्वारा गहरा हेतु कि है। और "कोशिका फायरिंग" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/उपलब्ध हेतु पत्र/पत्र की बिना बात है तो सहायता किसी अन्य भी साकारी संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय गहरा उच्च टेंडीयरता हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य समर्थन से नहीं लेना/लेती।
2. "कोशिका फायरिंग" से तो यह सहायता केवल द्वितीय प्रवृत्ति की है। ऐसी या इतरात्ता द्वारा ही यह सहायता या किसी अन्य उपलब्ध/प्रक्रिया का सुचारु ऐसी एवं इतरात्ता के बीच का विषय है और "कोशिका फायरिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्थान नहीं है। इसीलिए इतरात्ता में ऐसी के इतरात्ता सुचारु और अपने जाने की जारी निष्पत्ति ऐसी एवं इतरात्ता की होती और "कोशिका" को कोई प्रक्रिया या निष्पत्ति इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संलग्न

Date of Surgery अंशदान की तारीख 24/01/19	Dr. Asmita Ray MBBS, MS, FPOS Reg. No. - 18853-AMC Supriya Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व छिद्र नं.	Dr. Shish Sankar Bagchi Director Supriya Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाकात अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इलाका 2	
		