

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0339/2806		APPLICATION DATE: 24/01/19	
NAME of APPLICANT: KALACHAND DEBNATH		AGE-YEARS: 57	SEX: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SATISCHANDRA DEBNATH		 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: HANIKUR, NARAIL PARA ROAD, RAJOUR, SONARPUR, HARINAVI, SOUTH 24 PARGANAS, 700148, WEST BENGAL.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -			
OCCUPATION: LABOURER.			
TOTAL ANNUAL INCOME: Re 1400x12 = 16800/-		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
PAN No. 5447 3444 3044		(Attach Proof of Income)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No	
FAMILY DETAILS: पोषाक विवरण			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1	KALACHAND DEBNATH	57	M
2	ANJU DEBNATH	43	F
3	MOUSUMI DEBNATH	23	F
4	ABHISAT DEBNATH	24	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof
(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Copy)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1	DIAGNOSIS- CATARACT - R.E		
2	SURGERY- R.E (SICER IOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण अथवा साक्ष्य प्राप्त है जो मेरी सहायता दिखाने की जरूरत बताता है।
- 2) मैं इस को सहायता यहाँ "बौद्धिक परामर्शदाता", से ले रहा हूँ है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में उल्लिखित है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रमाण्य नहीं दूँगा, इस धारा का अर्थिक या सहायता दिखाने किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या ले 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 & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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.

- 1) इस प्रश्न का उत्तर इसप्रकार या उसी की रूप ले सकता, मैं (अमेरिका) अपनी सारी चीजें मुझे बता दें एवं "कोलिका पास्टोरिस और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, नाम, कोई और जो विचार इस प्रश्न में योग्य है, उसे "कोलिका" एवं न्यायी, एवं, आपका नाम दूनें उद्देश्य से मुझे अधिकृत और उपस्थिति में लिखे बिना भी प्रसार प्रमाण से प्रमाणित करने में सिद्ध अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विचार की प्रमाण के उत्तर का यह से करने में सिद्ध "कोलिका पास्टोरिस" में न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अमेरिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, नाम, कोई और विचार जो कि प्रमाण के उद्देश्य से प्रमाणित है मुझे प्रमाण: प्रमाण का उद्देश्य नहीं करता। इस सम्बंध में "कोलिका" तथा उसके न्यायीय का निर्णय अधिक और आपका नाम होना:

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षक के इच्छा का अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL. (X490H 200 400)

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.

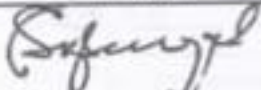
क्या कोई व्यक्ति इसका भी अर्थ से समझने-सोचने को "बौद्धिक जागरण" से विभिन्न समझा कर निकालता भी पाये है, जिसे हम (हमसारा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो काँग्रेस और न ही परिवर्ग में विहित सभायाँ किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य शक्ति से उच्च लेटेन्सियों में लगे या ले जा रहे हैं, जैसे कि हमने "सोशलिस्ट पार्टी" से डिप्लोमा/डिग्री उच्च से सम्बंध में "सोशलिस्ट पार्टी" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "सोशलिस्ट पार्टी" द्वारा सभायाँ किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रचुर नहीं किया गया है तो सभायाँ किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सभायाँ लगे या अतिरिक्त प्रकृति प्राप्त है। इस प्रकृति में सत्य कहा गया है कि सभायाँ विहित गहरा उच्च लेटेन्सियों हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।

2. "कॉलेजियल फायर-टेंशन" से जो शर्त लगाया गया है, निम्नलिखित प्रकृति की है। ऐसी या इनमें से कुछ शर्तें या कानून/अन्य कानून द्वारा ऐसी शर्तें इनमें से जो शर्तें या कानून हैं और "कॉलेजियल फायर-टेंशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इनमें से ऐसी कोई शर्तें या कानून और अन्य कानून की सभी विधेयों ऐसी शर्तें इनमें से जो शर्तें और "कॉलेजियल" को कोई प्रभाव या विधेयों द्वारा कानून में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संयुक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/04/19	Name of Surgeon डॉक्टर का नाम Asmita Ray Asmita Ray MBBS, MS, FPOS 1853-AMC (Name of Dr. & Design. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम, डिजाइन नंबर और स्टैम्प Koshika Foundation & Research Centre	Name of Authorised Signatory डॉक्टर का नाम Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इनप्लेट ऑथराइज्ड अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 अध्यक्ष हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अध्यक्ष हस्ताक्षर 2 