

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: <u>M/1119/2809</u>		APPLICATION DATE: <u>24/01/19</u>			
NAME of APPLICANT: <u>HERO RABI DAS</u>		AGE-YEARS <u>66</u>		SEX <u>M</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>BISHUN RABI DAS.</u>					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>BAHAVAN NO 27, GALI GORAN, KANKINARA, BHARPUK, NORTH 24 PARAGANNA, MEDNIG, WEST BENGAL.</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>- AS ABOVE -</u>					
OCCUPATION: <u>UNEMPLOYED.</u>				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>NIL</u>				(Attach Proof of Income)	
FAN No. <u>सर्वोत्तम संलग्न</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <u>Yes / No</u>					
FAMILY DETAILS: <u>परिवार विवरण</u>					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1	HERO RABI DAS	66	M	SELF	
2	SHANTI DEVI	65	F	WIFE	
3	MANOJ RABI DAS	40	M	SON	
4	RENU RABI DAS	39	M	SON	
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		Any Other Basis/Proof		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 (SUCCESSFUL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

DECLARATION by APPLICANT: **ਅੰਨ੍ਹੇ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ:**

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निराश की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात पर दृढ़तापूर्वक "बोद्धित" हूँ कि, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में दिया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी प्रार्थना हेतु या प्रत्येक की नहीं हूँ। उस एवम का अधिकार या समझ दिनांक किसी अन्य प्रोविडेंट/इन्सुरेंस कंपनी से या तो लिया है और या ही नहीं लिये गये।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to WBR)

- 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/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 इसकाया या जेले की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी छाया की छवि बता रहा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रकार में प्रेषित करें, जो "कोशिका" एनएन-न्यासी, दान, सहायक या दूसरे उद्देश्य से मुझे चिकित्सीय और दवाविवर्धन के लिये किसी भी प्रकार सहाय्य से प्रेषित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विषय मेरे प्रश्न के जवाब का रूप में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि सहाय्य को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहाय्य का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सहाय्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपके बच्चे के स्वास्थ्य पर ध्यान देने का नियम

AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH IS NOT)

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:

- 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.

इससे अधिकतर, इसकाफ़ी को अंत से पर्यावरण को "कोशिका चक्रवर्तन" से विभिन्न पहलुओं से विभाजित भी जाती है, जिसे इन (इसकाफ़ी) विभिन्न प्रकार से मान्य व प्रयोग करने हैं।

- 1) यह कि न तो अविचार और न ही चिन्तन में विचार आसक्त किसी भी आसक्ति संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त टोपे/पत्रों में लगे या हो रहे हैं, जैसे कि इनमें "भौतिक आसक्तता" में निष्ठा/विश्वासिता उक्त की आसक्त में "भौतिक आसक्तता" द्वारा गहरा हो चुका है। यदि "भौतिक आसक्तता" द्वारा आसक्त किसी व्यक्ति/व्यक्तियों से गहरा नहीं किया जाता है तो आसक्तता किसी अन्य भी आसक्ति संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था में आसक्त होने का अविचार मुद्रित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आसक्तता विचारों पर उक्त टोपे/पत्रों से हो चुकी है। आसक्ति संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/देना।
2. "भौतिक आसक्तता" को लगे नहीं आसक्तता केवल विचार प्रकृति की है। टोपे पर इसका द्वारा ही नहीं आसक्त या किने गये उपचार/प्रक्रिया का प्रमाण टोपे एवं इसका के बीच का विचार है और "भौतिक आसक्तता" द्वारा किसी उक्त का कोई प्रमाण नहीं है। इसीसे इसका में टोपे को इसका प्रमाण और अपने अपने की सारी विवेकशील टोपे एवं इसका को लगे और "भौतिक" को लगे भौतिक या विवेकशील इस पत्रों में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इसकीजल्दी को लिए संस्तुति

Date of Surgery
ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਲਿਖੋ

24/01/19

(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
Dr. Asmita Ray
MBBS, MS, FPOS
1853-AMC
Research Centre

Sgt. Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE:

न्यायमौल्य इत्यादि ।

Erasmus

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यूयॉर्क इन्सॉल्वेंसी 2

Rich