

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0219/3421		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		SUBHAJIT BHOWAL		AGE-YEARS आयु-वर्ष	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम		HARIPADA BHOWAL		SEX लिंग	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता		23 AZIM NAGAR, SANTALPOUR, KOLKATA 700075, WEST BENGAL		50	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता		As Above		M	
OCCUPATION : व्यवसाय		CONTRACT LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		Rs 2100 x 12 = Rs. 25,200/-		(Attach Proof of income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थायी खाता संख्या				Yes / No हां / नहीं	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)					
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 सम्बंध	
1	SUBHAJIT BHOWAL	50	M	SELF	
2	KOMA BHOWAL	41	F	WIFE	
3	KRITIKA BHOWAL	10	F	DAUGHTER	
4	SRISHTA BHOWAL	13	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (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 प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	DIAGNOSIS - CATARACT - R.E.				
2	SURGERY - R.E. (Surgery)				
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 राशी	

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस यथा का आशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही भविष्य में ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

- 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 पर अपने हकदार या अंग्रेजी को ज्ञापन लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाटोरोल और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीय, राज, वाचक/गुरु द्वारा उत्तराय से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी हलाय के पहले या बाद से करने के लिये "कोशिका फाटोरोल" व न्यायीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उत्तराय से प्रशंसित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इच्छाएं या अंगुष्ठ का स्थान

Sulhajit Bhawal

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल ड्यु कंट्रोल)

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.

बाले अधिकार सम्बन्धी भी और से सम्बन्धी भी को "असिद्धा प्रारम्भिक" से विवाद सम्बन्धित होत विचारित भी जाती है। बिना इस (उपस्थित) विवाद प्रकार से सम्बन्ध व सम्बन्धित करते हैं।

- 1) यह कि न तो कार्यन्वय और न ही परिधि में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य इकाई से उठा होनी चाहते हैं। लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/विशेष उदाहरण के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अतिरिक्त/चकल हेतु मयूर नहीं किया जाता है तो आमतौर पर किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मात्त द्वितीय मरर उदाहरण/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी या हमारा द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपकरण/प्रक्रिया का प्रयोग ऐसी एवं हमारा के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायन नहीं है। इसलिए हमारा में ऐसी के द्वारा सुरक्षा और अन्य कार्य की सभी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमारा की होगी और "कोशिका" को कोई धनिक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संरक्षित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/02/19

Dr. Anuradha Ghandra
MBBS, MSc, FAICO

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Shree Ever Foundation Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

ਪੰਨਾ ੧ ੧੯ ੮੧੭੭੭੭ ੭੭੭੭੭੭ ੭੭੭੭੭੭

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 पञ्चमो हस्ताक्षर 2

2018