APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 05 APPLICATION No. : **Building block of life** K/0510 आवंदन तिथी आवेदन संख्या : AGE-YEARS STIT-IN SEX Ren NAME of APPLICANT: SARBARI BEGUN C. अववेदमा का नाम 52 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RADY AVAL. पिता/कडुम्प का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तन्त आवासीय पता POAD ROLKATA NEARKEL MANGA 900011 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्याः आवासीय पता ARSOVE OCCUPATION: MARRIED (PHIST) / UNMARRIED (अविवाहित) HOUSE WIFE. MUSERO (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: 1500× 12- 18000 (आप का साक्ष्य संसम्ब) बुल वर्षिक अय PAN No. स्पाई खाटा संस्पा ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। शं / नही FAMILY DETAILS परिवार विवरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. उम्र (वर्ष) 5 L आवंदक के स्टाप सम्बंध शिंग क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का जाम SARRATI CAN CUR HURAD ELA REGUL CARS NJ K CON MOLLA BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहापता के लिये विनति आधार Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Any Other Basis/Proof (Attach Card Copy) उपपोक्ता कार्ड गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आप वर्ग प्रयाग एव अन्य कोई साक्य (प्रचाम पत्र की बाध प्रति संतान करे। (प्रयाण पत्र की छापा प्रति संतग्न करे। (प्रमान पत्र को क्रमा प्रति संतन्त करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: ग्रहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या ATAL OCT SURGERY- RE (SICC+ POL) ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उट्टेश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वोत से लिया गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. No. श्ये गई सहायवा यशी अन्य स्थोत का नाम क्रम संख्या

DECLARATION by APPLICANT: अप्रेंग्स द्वार भोगना पत्र:

- 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.
- 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.
- 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) में धोषण करत हैं कि इस प्रक्रप में दिने गये सभी विवरण मेरी जनकारी के अनुसार सत्य पूर्व सक्षी है। यदि कोई विवरण एवं कथन असला प्रमा बता है से मेरी महायत शिरत की का सकती है।
- 2) मेरे द्वार को स्थापक ग्रांत "कॉरीलर फाउन्टेशन", से तो का रही है, उसका अपक्षेप उसी उदेश्य की चूर्व के लिये किया कार्यण, को इस प्रारूप में घठ गया है।
- मैं पुष्टि करता है कि जिस सहापत होतु यह प्रार्थस को गई है, जस पति का अतिका या सकत दिस्सा किसी अन्य क्रोड/नियोक्क/बीमा कम्पनी से न तो तिन्य है और न ही पविष्य में त्रींग।

AGREEMENT by APPLICANT (ANTICE DID WIT)

- 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 vertial, 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 fulfilment 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रत्य पर अपने इस्ताधर च अंगते की क्राय सलावार, में (अलंदक) अपनी महमति को पुष्टि करता हूँ वर्ष "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीचें " को अधिकृत करता हूँ कि मैरा चम, पत, फोटो और तो विवरण इस प्रवह में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, रान, चायमध्य दूसरे उद्देश्य के बुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार चायमप से प्रताति करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आयंदक) इस बात से सहपत हूँ कि मेरा नाग, पता, फोटो और वियान जो कि सहामत के उन्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "क्षोतिका" एक्य उसके न्यामियों का निर्णय औरंग और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : SDÈCK & EHRIE & SÉS & PRIR



AGREEMENT by HOSPITAL (इमलास क्रां करार)

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.
- हमारे अधिक्त, इस्तावारी की और से प्रमाणियों को "क्षोशिका फाउन्तेसन" से विधिय सहायहा हेट्ट सिकारिंग की बाती है, जिसे हम (इस्तावात) निम्न प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

 1) यह कि न से अंग्यान और न हो पविष्य में वितिय सहायहा किसी के सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थेत से उस्ता वेगी-पामले में तीने या से रहे हैं, कैसे कि इपने "क्योशिका फाउन्येशन" से सिकारीशानितित उस्ता के सम्बाद में "क्योशिका फाउन्येशन" हम भारत किसी अन्य स्थापन में किसा बाता है से अस्पातन किसी अन्य से स्थापन से प्रकार से सिकार प्रकार के स्थापन से सहायत सेने का अधिकार सूर्यका है। इस पूष्ट में स्थापन कहा बाता है कि अस्पातन दितीय मारद उस्ता रोगी-पामले हेंद्र किसी मेंद सरकार में अस्पातन हितीय मारद उस्ता रोगी-पामले हेंद्र किसी मेंद सरकार में अस्पातन है नहीं संगठकारी संस्था मा किसी अन्य साथन से नहीं संगठसेगी।
- 2. "क्रिंशका फाउन्डेशन" से तो गई सहायता क्षेत्रत वितिय प्रकृति को है। ऐसी पर इस्पताल द्वारा में मई सलाह मा किमे गये उपकारप्रक्रिया का मुनाब ऐसी एवं इस्पताल के बीच का विवय है और "क्षित्रका फाउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसतिये इस्पताल में ऐसी के इलाज सुरक्षा और आने माने की साथै जिम्मेमारी ऐसी एवं इस्पताल की होते और "क्षेत्रिका" की कोई भूमिका मा जिम्मेमारी ऐसे एवं इस्पताल की होते और "क्षेत्रिका" की कोई भूमिका मा जिम्मेमारी में नहीं होते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के किए संस्तुति Shib Sankar Bagchi **Date of Surgery** DEHTHI ऑसेशन को करीख Director Captite (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पर इस्पतल अधिकृत अधिकारी हाक्टर का नाम व इस्ताक्षर व एकि. प. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनारिक उनयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्टाबर । न्यसी हस्ताधर 2