

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation <i>Building block of life.</i>	
APPLICATION No.: K/0619/0394 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 06/06/19 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: DILEP DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 58	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHANKAR DAS. पिता/कन्या का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 78/DAHA/10, SUREN SARKAR ROAD, KOLKATA, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता - AS ABOVE -					
OCCUPATION: LABOURER. व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐	
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1600 x 12 = 19200/- कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगाएं):					
Yes / No हां / नहीं					
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	DILEP DAS	58	M	SELF	
2	BASANTI DAS	47	F	WIFE	
3	TUMPA DAS	24	F	DAUGHTER	
4	ABHINAV DAS	21	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विनंती 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 (SUCCESSFUL)				
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 शी गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदक 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 यथेष्ट करता हूँ कि इस प्रश्न 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 निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी इससे सहायता "कौशलिक फायरवर्डेशन", से ही जा सकती है, यथाका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेग, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आश्रित या समकल दिवस किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (इससे एक टाइप करवा)

- 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 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.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इच्छित या अंग्रेजी की भाषा सहायक, मैं (अर्हक) अपनी सहायता की मुद्रा काट हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भवनों" को अधिकृत करता हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् भवनों, घर, वाचनालय द्वारा उत्पन्न से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छित के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भवनों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उत्पन्न से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छित नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भवनों का निर्णय अंतिम और वाचनालय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपदेक के इमरतार पर आपदे का निगार



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा 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 in the matter.

माने अधिकतर ब्रह्मचारी को और से मान्यताप्राप्ति को "भौतिकता काह्न्येन" से विविध साधन से विपरीत की जाती है, जिसे हम (हमसारा) निम्न प्रकार से ध्यान से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही पवित्र में विविध सहायता किसी भी सरकारों संभव या किसी अन्य स्तर से उठा ऐंग्रेज/मसले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिपिथिस/विश्वि उठा के संभव में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अर्थिक/सकल हेतु बनना नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारों संभव या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय परर उठा ऐंग्रेज/मसले हेतु किसी भी सरकारों संभव या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले पाई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐंग्रेज पर हमसाल द्वारा ही पाई सहाय या बिने एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐंग्रेज एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिये हमसाल में ऐंग्रेज के इलाक मुआफ और खाने खाने की सारी जिम्मेदारी ऐंग्रेज एवं हमसाल की होगी और "कोशिका" की कोई भीषका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्थीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06/06/19		Dr. Arghya Das MBBS MS Reg. No. - 69372 Srujan Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व एच. ए.		Shikha Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2		
					