APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION No.: K/0819/1010 APPLICATION DATE : Building block of life. 1/8/19 आवेदन तिथी AGE-YEARS STIT-114 SEX THY NAME of APPLICANT: L'AXMAN SARDER आवेदक का नाम 60 m FATHER'SISPOSSE'S NAME: THIREN SARDER पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पत ARAD, NAZAT, NORTH 24 PARGENAS, 74340 BAYAR MARI WEST BENGAL PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्था अववासीय पता 31首個·正·菲·雷·克 -AS ABOVE-OCCUPATION: PICKSHAW PULLER MARRIED (Relied) / UNMARRIED (Affeifed) व्यवसाय (Attach Proof of Income) TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1500 x 12 = 18000f कुल वार्षिक आय (अरथ का सक्क्य संसम्न) PAN NO. THE BEST HERE ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आप कर दाता है (बो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हाँ / नहीं FAMILY DETAILS URTUR PERRY Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant Sr. No. क्रम संख्य परिवार के सदस्यों का नाम उम्र (पर्व) शिंग आर्थदक के साथ सम्बध SARDAR LAKSHHAN М BETEKN MANAS KALIKA SON DAUGHTER SERDAL SARDAR * 0 SARDAR SARDAR DAUGHTER 27 ALDICA 25 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof अस्य अस्य वर्ग प्रयाग पत्र उपयोक्ता मार्ट गरीबी रेखा के तीथे प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्य (प्रयाग पत्र की काचा प्रति संतान करे। (प्रमान पत्र की साथा प्रति संतन्त करे। (प्रधान पत्र की छाना प्रति संतन्त करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेत् किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्य DIAGNOSIS - CATARACT -RE SURGERY - RECSIES+IOL) ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वीत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. सी गई सहापता राशी क्रम संस्मा अन्य प्रबोत का नाम

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा मोमणा 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.
- hereby confirm that I have not & w.ll 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 चोषण करता है कि इस प्रारूप में रिये गये सभी किवरण मेरी जानकारी के अनुसर साथ एवं असी है। गरि कोई विकरण एवं कमान पाना जाता है तो मेरी सवापता निरस्त की का सकती है।
- मेरे झार को सलावता ग्रांत "कोशिका फाटवरेशन", में सी का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्व में लिये किया कार्यण, मो इस प्रारूप में भग गया है।
- वै पुष्ट करण है कि जिस महाच्या हेट यह प्रार्थन की गई है, इस चीत का अधिक या सकत हिल्ला किसी अन्य प्रोट-नियोचक/बीगा कम्मनी से व तो तित्य है और न ही पविष्य में लेखा.

AGREEMENT by APPLICANT (SOURCE DID WORL)

- 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 प्रपत्न पर अपने इस्ताबर चा अंगते की क्राप सामाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्ट करता हूँ एवं "कोशाका फाउडेरान और उसके न्यातीचें " को अधिकृत करता हूँ कि मेद बाय, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्न में चेचित है, उसे "कोशिका" एक्स् न्याती, पान, वायनप्राप दूसरे उप्रदेश से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थित के सिसी विक्री ची प्रधार माध्यय से प्रवादित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्न का विवरण मेरे इलाज के पहले चा बाद में करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अव्येषक) इस चात से सहयत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और निकाण को कि सहायता के उद्देश्यों से आर्थित है मुझे स्थत: सहायत का हकपार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "अंदितका" एकम् उसके न्यासियों का निर्मय अधिन और बाध्यकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अमोरक के इस्ताम या अंग्रेड का निवान



AGREEMENT by HOSPITAL (EPIGH DO WOL)

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 petient/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 with

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.
इसरे अधिकृत, इस्तक्षये को अंद से मानवंशिय के "कॉरिका फाउन्बेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इस (इस्तक्रत) फिन प्रकार से मानव म स्वीकार करते हैं।
1) यह कि व तो सर्वक्षय और व ही पविष्य में विविध सहायता किसी मैर सरकारी संस्थान था किसी अन्य सर्वत से उत्तर सेगी-मानले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसरे "कॉरिका फाउन्बेशन"

से सिफारिक/विचीर तक के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वार पर्द हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वार सतायत विनित्त आशिक/सकल हेतु पन्यूद नहीं किया जाता है तो आस्ताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुर्वधन रखता है। इस पूर्ण्य में स्थय कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदद उक्त रोगी/पायले हेतु किसी कैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेग्यलेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ती गई सदायत केवल विशेष प्रकृति की हैं। ऐसे पर इस्पतल झार यो नियं पर उपपारप्रक्रिया का चुनव ऐसी एवं इस्पतल की बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" झार किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं हैं। इसलिये इस्पतल में ऐसी के इलाव मुख्या और आने जले को सारी जिम्मेदारी ऐसे एवं इस्पतल की होती और "क्वेंशिका" की कोई पृथिका या जिम्मेदारी इस प्रथल में जी होती।

	RECOMMENDED FOR AC स्वीकृती के लिए स	
Date of Surgery ऑपरेशन की खरीख \	Reg. No. 372 Susrut(fixed of the Boson No. with Stemp) siect on the 4 sector of the 2	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) বাদ বা দ্বা হাৰ কৰিবলৈ স্থিমূল স্থান্দ্ৰটো
	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUND	DATION कान्तरिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तासर ।		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी इस्तावर 2
É	Sofungel	eile_