APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप (स्वास्थय देखभाल) foundation APPLICATION No.: K/0819/1020 APPLICATION DATE: 1/6/19 Building block of life. आवेदन तिची आवेदन संख्या : AGE-YEARS STT-114 SEX fein NAME of APPLICANT : KALSDASI . SHAW F आवेदक का नाम 65 FATHER'SISPOUSE'S NAME: HARI SHAW पिता/करम्य का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान कामामीय पता SHULKUNI, SHULKUNIABAD, NORTH 24 PARGANAS, 742426, WEST BENGAL PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्पाई आवासीय पता -AS ABOVE-OCCUPATION: HOMEHAKER MARRIED (Railed) / UNMARRIED (Maried) HORSES. TOTAL ANNUAL INCOME: \$3.1600 X12 = 19200F (Attach Proof of Income) (आव का सक्य संसम्ब) कुल वार्षिक आप PAN No. PUES BEET HIBET ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप कर राता है (जो मत्य हो उस पर सही का निशान लगाये। हाँ / नही FAMILY DETAILS परिवार विश्वरण Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender आवेदक के साथ सम्बंध उप्र (वर्ष) क्रम संख्य परिवार के सदस्यों का नाम लिंग KALIDASI SHAW 65 MAVARANT MO 45 1 DAUGHTER MONDA 4 c DAUGHTER 20 FALGUIV BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये क्विति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof अल्प अस्य वर्ग प्रयाग एव उपयोक्ता कार्ट नरीकी रेखा के नीचे प्रयाम पत्र अन्य कोई सक्य (प्रमाण पत्र की साथा प्रति शंतरन करे। (प्रयाम पत्र की कामां प्रति संतरन करे। (प्रमान पत्र की छाया प्रति संतान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/बॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न क्षम संख्य DIAGNOSIS - CATARACT-SURGERY - LE CSICS + IOW ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उर्देश्य के हेत् कोई अन्य सहस्यता किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. लो गई सहत्पता एको क्ष्म संख्या अन्य स्थोत का नाम

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक क्रूप पोषण 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.
- मैं पोचना करता है कि इस प्रक्रम में दिवे गये सम्मे विवाल मेरी जानकारों के अनुसार साथ एवं नार्री है। मॉद कोई विवाल एवं कम्पर असत्य पामा जात है तो मेरी सहायता निरात की का सकती है।
- 2) मेरे द्वार को सहाबत दत्ति "कोतिका फाउन्डेतन", से ली का रही है, उसका उपयोग उसी उदेश को पूर्ति के तिथे किया जायेग, को इस प्रक्रम में घट गया है।
- मैं पुष्टि काल है कि दिन सहायता हेतु यह प्रत्येच की गई है, उस दक्षि का आंतिक या सकत हिस्सा किसी अन्य प्रोटिनियोक्कापीया फायती से व तो लिया है और व हो परिचय में सुँखा

AGREEMENT by APPLICANT (MINES DE WOL)

- 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 "purpone", 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 & distails 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 प्रथम पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की खाप लगाकर, मैं (आनेएक) अपनी सक्षणी की पुण्ट करता हूँ एवं "कॉशाका फाउंडेशन और उसके व्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा क्षण, फाउं और जो निवरण इस प्रथम में चेक्कित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यासी, रान, याधनाया पूनरे उप्तरेश से चुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी को प्रसार माध्यम से प्रवास कर के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवरण मेरे इत्यास के पहले का वाद में यतने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रथम का विवरण मेरे इत्यास के पहले का वाद में यतने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अव्येषक) इस बात से सहमात हैं कि मेरा नाम, पता, फोटों और विकाल को कि सहामता के उर्दरमों से प्रार्थत है मुझे स्वत: सहामता का हकपार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यांसियों का निर्मय और बाध्यकारों होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के इस्टावर का आंद्रे का निगतन



AGREEMENT by HOSPITAL (EPRINE IN WIT)

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 enother 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 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.

हमारे स्थिष्त्व, इस्तावधी की और से मान्सेंग्रेणी को "कोशिका फाउन्हेशन" से विशिष सहापता हेंद्र सिफारिश की करी है, जिसे इस (इस्प्राल) किन प्रकार से मान्य व स्थोकार करते हैं।

1) यह कि न से व्यंत्रक और न ही पविष्य में निश्चित सहायता किसी कैंद्र सरकारी संस्थान या किसी आन स्थात से उस्त रेग्नेंग्रेण माने रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिशिविदि उस्त के साम्बन्ध में "कोशिका फाउन्हेशन" इस पदि "कोशिका फाउन्हेशन" इस सहायता विश्वि अस्थितक केंद्र मान्यूद नहीं किया जाता है से अस्थात किसी अन्य साम्याप से सहायता लेने का अधिकार सुर्विद्य रखता है। इस पूर्विद में समय कहा जाता है कि अस्थाता दिवीय मान्य से सहायता लेने का अधिकार सुर्विद्य रखता है। इस पूर्विद में समय कहा जाता है कि अस्थाता दिवीय मदद उस्त संगी/भागते हेंद्र किसी कैंद्र सरकारी संस्था मा किसी अन्य साम्यन से नहीं लेगा,कोरी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से सी गई सहायता कंपल विशिष प्रकृति की है। ऐसी पर इस्थाल द्वाय दी गई अलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव होती एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचान नहीं है। इसलिये इस्पताल में ऐसी के इलाव मुख्या और आने की साथै किम्मेदारी ऐसे एवं इस्पताल की होती की "कॉशिका" की कोई मुख्यका या किम्मेदारी इस यामले में नहीं होती।

		RECOMMENDED FOR ACCEPT स्वीकृती के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपोसन की करिव 1 / 87 1 9	Dr. Arghys MBBS, A Reg. No6 Share of Dr. & Reg Share at a	372 m. No. with Stamp)	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ব্যাধ ব মহ ব্যাহার সম্ভিত্ত স্থাধিকারী	
	FOR INTER	NAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	N अन्तरिक उपयोग हेत्	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यामी इस्तावर 1			SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्याची इनवाहर 2	
Sofungel			lite.	