(Healthcare) APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (स्वास्थय देखधाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION No.: K/0819/1025 APPLICATION DATE Building block of life आवेदन तिथी अधवेदन संख्या : SEX PHY AGE-YEARS NITE-HT NAME of APPLICANT : WANT BALA DAS 60 F आबंदक का नाम FATHER'S SPOUSE'S NAME: DHIREN DAS पिता/कटुम्म का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आधारीय पत CHOSHOUR, KALINAGAR, NORTH & MRGANAS, WEST BENGAL PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्याद आधासीय पता - AS ABOVE-OCCUPATION: HOME MAKED MARRIED (RIGHTS) / UNMARRIED (ARTHRE) स्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1700 X 12 = 204 001 (Attach Proof of Income) (अराय का साक्य संसान) कुल वार्षिक आय PAN No. FATÉ BERE HISAT ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप अध्य कर दात है (को मान्य डो उस पर सही का निशान लगाये। हां / नहीं FAMILY DETAILS URTER PRINT Relation with Applicant Name of Family Member Age (Years) Gender Sr. No. उप्र (यर्थ) सिंग आवेदक के साथ सम्बंध क्रम संख्या परिवार के सदस्यों का नाम 63 NAN'T BALA DAS BAGARI DAS SELF 48 DAUGHTED DAUGHTER MONDAL DAUGHTER MONDAL BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) **BPL Card** Any Other (Attach Card Copy) Basis/Proof नरीबी रेखा के नीचे प्रयाम पत्र आह्य आय वर्ग प्रमाण पत्र तपभोक्ता कार्द अन्य कोई साक्य (प्रयाग पत्र की साथा प्रति संसान करे। (प्रधान पत्र की साथा प्रति संसाम करे। (प्रमाण पत्र की कांश प्रति संशान करें। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुधी संलान क्रम संख्य DIAGNOSIS-SURGERY - LE (SIES + IOL ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES. इस तर्देश्य के हेत् कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. ली गई सहायता यशी क्रम संख्य अन्य स्थोत का नाम

DECLARATION by APPLICANT: अवरेश्व द्वार पोपण 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 & w." 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.
- वै घोचला करत है कि इस प्रक्रम में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं छात्रों है। यदि कोई विवारण एवं कथन असाय पाया जाता है तो थेरी सहायता निरात की का मकती है।
- 2) मेरे द्वार को सहायक एति: "कोतिका फाडक्टेशन", से सी जा रही है, उसका उपयोग उसी उरेश्य को पूर्व के लिया आर्थन, जो इस प्रारूप में पह गया है।
- मैं चुच्च करत हैं कि दिला सहायता हेतु यह प्रार्थन की गई है, तम एति का अधिक पा जकत हिल्ला कियी अन्य प्रोद्धितयोगक कीया के गई तथा है और न ही पविष्य में मुँगा

AGREEMENT by APPLICANT (STORE DID WOLL)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koehika 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 required dynamically 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 प्रया पर अपने इस्ताक्षा या अंगते की क्षाप लगाकर, मैं (आलंदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशाका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को आधिकृत करता हूँ कि मैग्र क्षा, फोटो और वो विवास इस प्रया में केवित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, एन, वायन्याय पून्ते उपूरेण से पुन्ती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी यो प्रसार मान्याय से प्रवास करने के लिए आधिकृत है।
- 2) मैं (आचेदक) इस बात से सहयत हैं कि मेरा चय, पता, कोटो और विकाल जो कि सहयत के उट्टेरपों से प्रार्थत है पुढ़ो स्वत: सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोटेलका" एकए उसके न्यासियों का विकंध अंतिम और वास्पकारों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : SONCE & FIRME IN MESS OF PRIME



AGREEMENT by HOSPITAL (\$1920 grd Witt)

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.

इस्से अध्यक्ष, इस्तक्ष्य को और से जानकेरोणी को "कोतिका फाउन्देशन" से विशेष सहायण हेंद्र रिफारिश को करते हैं।

1) यह कि न तो वर्षका और न ही वर्षका में विशेष सहायण किसी के सरकारी संस्थान था किसी अन्य त्योश से उत्तर रोग्रेग्यामले में लेंगे था से रहे हैं, जैसे कि इसने "कोतिका फाउन्देशन" से रिफारिश विशेष उत्तर से सम्बंध में "कोतिका फाउन्देशन" प्राप्त कर के सम्बंध में "कोतिका फाउन्देशन" प्राप्त कर के सम्बंध में "कोतिका फाउन्देशन" प्राप्त कर के सम्बंध में "कोतिका फाउन्देशन" प्राप्त कर से सम्बंध में स्थापन से सहायण से का अधिकार सुर्यका राज्य है। इस पूष्टि में सम्बंध कहा करता है कि अस्पताल दिल्ली मन्दर उत्तर रोग्रेग्यामले हेंद्र किसी पैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साथन से नहीं लेग्न्यलेगी।

2. "कॉलिका फारचेशन" में सी गई सहस्था केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा यी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फारचेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दकाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव मुख्या और आने जोने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कॉशिका" की कोई पुण्यका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

	IENDED FOR ACCEPTENCE Shift Sankar Bagchi ती के लिए संस्तुति Sustral Est Equadation & R
Reg. No \$272 Sestul Eye Foundation Regs. No. with S steet in the a sesset a da.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
FOR INTERNAL USE of I	OSHIKA FOUNDATION अन्तर्शिक उपयोग हेत्
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्याची झरावार ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी इस्तावर 2
Saferagel	lile
	Reg. No 272 Secret Eve For Dr. & Regs. No. with S area at an a second a de. FOR INTERNAL USE of A