

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No. : NNN/0817/0086		APPLICATION DATE : 12/08/2017		 Koshika Foundation <i>Building block of life.</i>			
NAME of APPLICANT : SANAKA PAL		AGE-YEARS : 52				SEX : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Samiran (Husband)							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : VILL - RAMASWARNAGAR: P.O - DO; P.S - BAURIA							
DIST - HOWRAH ; W.B							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : DO				 PREOP POSTOP 0086 SANAKA			
OCCUPATION : HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : 20,000/- (YEARLY)		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)					
PAN No. : NA							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बन्ध			
1.	SAMIRAN PAL	56	M	HUSBAND			
2.	SUMAN PAL	25	M	SON			
3.	SOMA PAL	30	F	DAUGHTER			
4.	Samir PAL	4	M	SON - GRANDSON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) राश्वरी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्ने कसे किसी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - RE - NUCLEAR CYTOKERATIN-19 IHC						
	SURGERY - LE - STCS WITH PETOL						
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED कौन सा सहायता राशि				
	V. M. A. N. N. N.						

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तब भी मैं सहायक निधि को मांग रहा हूँ।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायक हेतु या उद्देश्य को नहीं हूँ, इस मदद का अधिक या कम निधि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार):

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दान, समारोह द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पालन का काम में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रसारित हैं उन्हें अगले: सहायक का उपयोग नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के लिये जारी अधिकृत और सम्भवता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

Hi of - Koshika Pat.

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति):

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बंधित/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगे जा रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निम्नलिखित/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक वित्तीय अधिकृत/अवकाश हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हमसबल किसी अन्य या सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमसबल प्रिय पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेना।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायक संस्था वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल इस ही नहीं मान्यता कि मैंने उक्त/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निधि है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हमसबल में रोगी के प्रत्यक्ष भुगतान और जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/08/2017	DR. S.C. MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) 85491 23/08/2017	<i>Dr. S.C.</i> ST. BY MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN P.O. CHAITANYAPUR (HALDIA) (Name, Designation & Address of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोगी या रोगी हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 <i>[Signature]</i>
--	--