

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No. : NNN/0817/0090				APPLICATION DATE : 12/08/2017	
NAME of APPLICANT : SISHIR JANA				AGE-YEARS 54	SEX M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BAPAN (HUSBAND)					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : VILL - NASKARPUR, P.O. - DO, P.S. - JAWAHAR					
VILL - NASKARPUR , P.O. - DO , P.S. - JAWAHAR					
DIST - HOWRAH , W. B.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : DO.					
OCCUPATION : FARMER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 20,000/- (YEARLY)				(Attach Proof of Income)	
PAN No. : NA				(आप का आय प्रमाण)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / 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.	BASANTI JANA	45	F	WIFE	
2.	BAPAN JANA	25	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनोद का उद्देश्य:					
Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - NUCLEAR SCLEROSIS - II				
2.	SURGERY - SIDS WITH PC IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि	
	P M A N N				



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विधान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस मदद का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शिक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, माध्यमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे भविष्य: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अर्शिक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

अर्शिक द्वारा

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1.) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकती है जो हमें मांग रहा है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हो रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट नहीं की जाती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम पुष्टि में स्पष्ट करता है कि हमारा निर्णय सहायता प्राप्त करने के लिये किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली जायेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमारे के द्वारा चुना और जाने जाने को सही विधि/प्रक्रिया एवं हस्पताल की होनी और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संज्ञा

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/08/2017	DR. MEDICAL OFFICER NETRA NIRAMAY NIKETAN VIVEKANANDA MISSION ASRAM (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व छाप DR. S.C. K.M.C. 29/31 23/08/2017	BY Dy. MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN P.D. CHAITANYAPUR (HALDIA) (Name, Designation & Signature of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व हम हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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