

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : NNN/0817/0092 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 12/08/2017 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : HARU PAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 73	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : TAPAS (SON) पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासस्थान पता VILL- CHAKSHIKRISHNA, P.O- DO, P.S- BAWRAH			
DIST- HOWRAH, W.B.			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता DO.			
OCCUPATION : WORKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 30,000/- (YEARLY) कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. NA			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न का निशान 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
1.	HASANTI PAL	62	F
2.	TAPAS PAL	26	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
WIFE			
SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का प्रमाण पत्र (आय का प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (आय का प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (उपभोग्य कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निशानों का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS - IE - NUCLEAR SCLEROSIS - IE. MCC.		
2.	SURGERY - GALS WITH PERIOD IE.		
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	
	V. M. A. N. N.		

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो या खारिज हो।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस मदद के लिये, इस मदद का अधिक या समकाल विना किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" एम्बेडिंग, रण, समारोह, दान संग्रहण से जुड़े पत्रिकाओं और प्रचारकों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि मेरा नाम के प्रयोग के लिये प्रेषित हैं, उनसे भविष्य में मेरा प्रकरण का प्रचार नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बेडिंग प्रचारकों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान

Hi of [Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

- 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.

- हमसे अधिकृत, हमारे पास की और से समारोहों की "कोशिका फाउन्डेशन" में विवरण प्रकाशित होंगे विवरणों की सही है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सार्वजनिक सहायता या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरा भरणों में ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफ्ट/प्रकाशित प्रकाश के समान ही "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद होंगे कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिली अधिकृत/प्रकाशित होंगे समुदाय की किताबें हैं तो हमारे पास किसी अन्य या सार्वजनिक सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाय है कि हमारे पास प्रत्येक मदद प्रकाशित होंगे किताबें मेरे सार्वजनिक सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हमारे पास इसी तरह के मदद के लिये उपाय/प्रक्रिया का चुनाव हमारे हाथ में रहता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इससे हमारे पास में हमारे पास सहायता और हमारे पास की सारी जिम्मेदारियाँ हमारे हाथ में रहती हैं और "कोशिका" की कोई भी प्रतिक्रिया या निर्णय हमारे हाथ में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

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) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	St. DY MANAGER VMA NETRA NIRAMAY NIKETAN 10 CHAITANYA RD, HALDIA (Name of Signatory & Stamp of Authorized Signatory जो डॉक्टर/हॉस्पिटल) मैंने यह प्रमाणित अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 [Signature]
---	---