

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building blocks of life	
APPLICATION No.: K/1014/1056 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 12.10.17 आवेदन तिथि:			
NAME of APPLICANT: LAXMI DEY आवेदक का नाम:		AGE-YEARS: 49 आयु-वर्ष:	SEX: F लिंग:		
FATHER/SPOUSE'S NAME: SIDUPADA GHOSH पिता/पति का नाम:					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 13 NO. P.P. ROAD, BHATPARA (M), FINGAPARA, NORTH 24 PARGANAS, 743129, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: LABOUR					
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1200 x 12 = 14,400/- कुल वार्षिक आय:		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. [Blank]					
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	LAXMI DEY	49	F	SELF	
2	ASIT DEY	57	M	HUSBAND	
3	ANAMIKA DEY	27	F	DAUGHTER	
4	AKUP DEY	23	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) सही रीति में प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2	SURGERY - RE (शल्य चिकित्सा)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 सही गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास हो या समाप्त हो।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उपाय के तहत, उस उपाय का अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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/print-up/produce 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, कथन/चित्रण द्वारा उद्देश्य से पूर्ण प्रतिनिधित्व और जानकारी के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के तहत या मेरे उपाय के तहत "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का इलाज नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उपाय भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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 और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) विना प्रस्ताव से चानचुकीयता के।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उपाय हेतु/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु प्राप्त नहीं किया जाय तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस घोषणा में स्पष्ट बताया जाय है कि सहायता वित्तीय स्वरूप उपाय हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहे हैं।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता या बिना गैर-उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रस्ताव का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और करने वाले को सभी जिम्मेदार रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" की कोई भी सहायता या जिम्मेदारता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
सिफारिश (स्वीकृति/निरास का विवरण लगावे)

ACCEPTANCE
सम्पूर्ण

REJECTION
सम्पूर्ण

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12.10.18

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आपकी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आपकी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
सम्पूर्ण

REJECTED
सम्पूर्ण