

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No. : आवेदन क्रमांक :		K/1218/1738		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		05/12/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		RAM SARUP		AGE-YEARS मासु-वर्ष	SEX लिंग		
				68	M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम				DHUKHARN GUPTA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता				MURHI PARA TALPURI, NORTH 24 PARGANAS, 800129, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता				AS ABOVE			
OCCUPATION : व्यवसाय				UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. क्या है या नहीं				Yes / No हां / नहीं			
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)							
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 से संबंध			
1.	RAM SARUP	68	M	SELF			
2.	GANGA DEBI	63	F	WIFE			
3.	BIJAY GUPTA	40	M	SON			
4.	KAMLADEVI DEBI	36	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) कोई भी दस्तावेज जो, यदि कोई हो, प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने जाने विधि का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुप्राण/प्रीस्क्रिप्शन से चर्चा की गई प्रमाणित प्रतिलिपि						
1.	DIAGNOSIS - CHABACELE						
2.	SURGERY - LE (STIFF)						
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED हो गई सहायता राशि			

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 यहाँ 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 तो यह बात है तो मेरी प्रार्थना निराश हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से लेता हूँ कि, इसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु यह प्रत्यक्ष नहीं करूँ, उक्त राशि का अधिकतम वह प्रत्यक्ष किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 प्रश्न पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा का प्रयोग, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन की गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैलाने के लिए। इस प्रश्न का उपयोग मेरे उपचार से पहले या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के अधिकार के उपयोग के लिए प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ 엄지 انگुठा 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 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.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह इस (हस्पताल) से सहायता के लिए नहीं आने देंगे।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के उपचार के लिए किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए माँगा गया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। यह घोषणा करने का अर्थ है कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए नहीं आने देंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का निर्णय इस रोगी के चिकित्सकीय आवश्यकताओं के आधार पर होगा, जो रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करेगा, और इससे "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी प्रभाव नहीं होगा। इसलिए, हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी, और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/12/18	Dr. Arindam Deb MBBS, DGO, FRCS Reg. No. 53098 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका के डॉक्टर, २	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2