

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No. : K/1218/1245		APPLICATION DATE : 05/12/18			
NAME of APPLICANT : KASHMIRA BEGAM		AGE-YEARS 56	SEX F		
FATHER/SUSPOUSE'S NAME : MOKTER ALI HALLIK				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : BARABGRAM, DULOPUR, HOWRAH, 711316, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)			
PAN No. XXXX XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
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.	KASHMIRA BEGAM	56	F	SELF	
2.	NAUSAD ALI HALLIK	62	M	HUSBAND	
3.	AKSAD ALI	34	M	SON	
4.	HASIBUL ALI	30	M	SON	
5.	MASJUM	29	F	SON	
6.	FULSUKI KHATUN	26	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card, Copy) पोषी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये निम्नलिखित उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी को गई प्रतिलिपि संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SIC 110L)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED उसी गति 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रस्ताव निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आग्रहपूर्वक घोषणा करता हूँ कि यदि मेरी प्रस्ताव को स्वीकार कर दिया जाता है तो मैं इसे केवल "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रस्ताव में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रस्ताव के लिए किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से रकम की वापसी नहीं करूँगा और भविष्य में भी नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 प्रस्ताव पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा छाप करने से मैं (आवेदक) स्वयं स्वीकार करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में उल्लेखित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, प्रकाशित करने, प्रसारित करने से मुझे जानकारी के लिए किसी भी अन्य माध्यम से प्रकाशित करने से निम्न अधिकृत है। (मेरे प्रस्ताव का विवरण मेरे प्रस्ताव के अंतर्गत है और मैं इसे "कोशिका फाउंडेशन" के भरोदारों को निम्न दूंगा।)
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने से मुझे इसका कोई भी अधिकार नहीं मिलेगा। इस प्रस्ताव में "कोशिका" द्वारा उल्लेखित उद्देश्य का निर्णय केवल और केवल भरोदारों का होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)**

- 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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा प्रस्तावित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि हम अभी भी कोशिका और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध कर रहे हैं, यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रस्तावित सहायता को हमारे द्वारा प्राप्त करने में कोई भी बाधा पड़ेगी तो हम इसे भरने के लिए कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध करेंगे।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी पर हमारा प्रस्ताव है कि यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रस्तावित सहायता को हमारे द्वारा प्राप्त करने में कोई भी बाधा पड़ेगी तो हम इसे भरने के लिए कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध करेंगे।

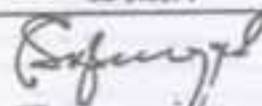
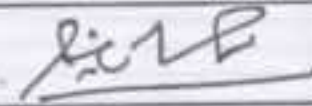
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/12/18	(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)  Arindam Deb (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे द्वारा प्रस्तावित करने वाले अधिकृत अधिकारी	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे द्वारा प्रस्तावित करने वाले अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर 
--	---