

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/1218/1749		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		05/12/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		NIVA RANI BHAKTA		AGE-YEARS मातृ-वर्ष	SEX लिंग		
				68	F		
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम				BIBHUTI BHAKTA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता				JHANNAPUR, AGRAH, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता				AS ABOVE			
OCCUPATION : व्यवसाय		HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)			
PAN No. (आपका पास है/नहीं)							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम हो उस पर तिकी 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 से सम्बन्ध		
1.	NIVA RANI BHAKTA		68	F	SELF		
2.	ASIT BHAKTA		65	M	SON		
3.	BIPKA MONDAL		49	F	DAUGHTER		
4.	ASHIMA KHATA		48	F	DAUGHTER		
5.	SUKLA SAHA		38	F	DAUGHTER		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार							
BPL Card (Attach Card, Copy) गरीबी रखा को, पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय को प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने जाने किसी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE						
2.	SURGERY - RE (STEPS + 100)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 तो 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं इसे प्राप्त किया भी न करवा दूँ।
- (2) मैं इस बात को सत्य मानता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- (3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रारूप हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की मदद 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/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 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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई मदद के लिए मेरी पहचान और उद्देश्य के बारे में जानकारी के लिए किया जायेगा। इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगुली का निशान "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रकाशित किया जायेगा।
- (2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने के अधिकार को केवल "कोशिका" को प्रदान किया जायेगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई मदद को जारी रखने और न करने का फैसला किया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर/अंगुली का निशान के द्वारा, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- (1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता ले रहे हैं, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद हमें पूरी नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार होगा।
- (2) "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और प्रक्रिया का निर्धारण केवल रोगी और हॉस्पिटल के बीच होता है, जो किसी भी प्रकार से "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं होता है। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी और सुरक्षा का ज़िम्मेदार होना होगा, और "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/12/18	(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नं. सह मुहर	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शिव संकर बागची Shiv Sankar Bagchi Director
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नाम सह हस्ताक्षर) [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नाम सह हस्ताक्षर) [Signature]
---	---