

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन फार्म)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन क्रमांक :		K/1218/1A58		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		NIRMAL SARDAR		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम		ATULKRISHNA SARDAR		50	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता					
SHAHATI PURBA PARA, SANKHANPUR, GAZIABAD, NORTH 24 PARAGANA, 743612, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता					
AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय		LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		Rs 15000/- = 18000/-		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. पैन नंबर					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं? (जो लागू हो उसे चिह्नित करें)					
Yes / No हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS : पारिवारिक विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध	
1.	NIRMAL SARDAR	50	M	SELF	
2.	JHUNALI SARDAR	18	F	WIFE	
3.	BISHAL SARDAR	15	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) पौबी कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु-वर्ष का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		Ration Card (Attach Copy) आवश्यकता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे किसे का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी की गई प्रतिलिपि प्रस्तुत करें				
1.	TUBERCULOSIS - CONTACT - RE				
2.	SUGAR - Rs (Sugar 90L)				
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 की गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

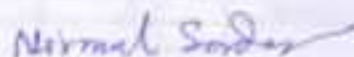
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो इस प्रमाण निरस्त हो जा सकता है।
- 2) मैं इस बात का आग्रह करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रमाण में उल्लेख है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब तक किसी भी अन्य स्रोत, रोजगार या बीमा कंपनी से न तो रिफंड है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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-upreproduce 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 प्रमाण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण में उल्लेख है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे जानकारी देने और जानकारी देने के लिए किसी भी प्रमाण प्रमाण के उपयोग करने में सक्षम होंगे। मैं इस बात का समझता हूँ कि कोशिका फाउंडेशन को इस बात के बारे में कोई भी अधिकार नहीं है कि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलेगी।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी अधिकार के उपयोग में आने से मुझे सहायता का अधिकार नहीं मिलेगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उचित निर्णय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

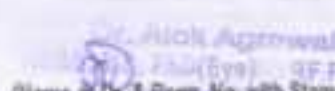
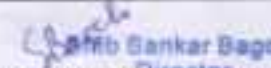
अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को जोड़ते हैं कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाण में सत्य मानते हैं।
- 1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्णतः नहीं मिलती है, तो हमें अपने अंतराल को अन्य स्रोत से पूरित करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस घोषणा में स्पष्ट किया गया है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे डॉक्टर को सहायता के लिए कोई भी अनुरोध करने का अधिकार नहीं है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का कोई भी प्रमाण नहीं है। हमारे डॉक्टर को हमारे डॉक्टर को सहायता के लिए कोई भी अनुरोध करने का अधिकार नहीं है और "कोशिका" को कोई भी अनुरोध करने का अधिकार नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुद्धि

Date of Surgery अर्शक की तारीख 6/12/18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. और मुहर	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉक्टर का नाम व पद हस्ताक्षर के माध्यम से
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाज 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाज 2
