

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No.: K/1218/1959 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 6/12/18 आवेदन तिथि		 	
NAME of APPLICANT: BHARATI NASKAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 50	SEX लिंग F		
FATHER/SPOUSE'S NAME: NETAJI NASKAR पिता/सहोदर का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता BATHAR ANSHA D JIRKIPUR ANSHA WARD NO-20 BASIRHAT, NORTH 22 PARAGANAS 743501, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता - AS ABOVE -					
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No.: 8401 3000 0000					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 'X' निशान लगायें)					
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.	BHARATI NASKAR	50	F	SELF	
2.	NETAJI NASKAR	60	M	HUSBAND	
3.	SUKHEN NASKAR	22	M	SON	
4.	SUJATA NASKAR	23	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्नलिखित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 निम्नलिखित उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीति से चिकित्सा की गई प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई 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: (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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र एवं सहायता, यदि कोई हो, खारिज/रद्द करने योग्य होगी।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल घोषणा की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में सत्य है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में पूर्णतः, या आंशिक रूप से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही सहायता ले रहा हूँ 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 प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टीज" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, प्रकाशित करने, प्रसारण में मुझे शामिल करने और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के प्रचार के लिये अधिकृत हैं। वे इस या विवरण से प्रचार के लिये या मेरे नाम के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता ले सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने हेतु प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रपत्र में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी को प्रसारित करने हेतु अधिकृत और प्रकाशित करने हेतु अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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, हमारा यहाँ और यहाँ पर हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये या ले रहे हैं, यदि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त की जाती है, तो हम इस सहायता को पूरा करने के लिये या ले रहे हैं, यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम इस सहायता को पूरा करने के लिये या ले रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार या प्रक्रिया का चुनाव रोगी और डॉक्टर के बीच होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमारा यहाँ और यहाँ पर हस्ताक्षर करने वाले को सही निर्णय लेने एवं इसका उत्तरदायित्व लेने और "कोशिका" को कोई भी दखल या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 6/12/18	Dr. Alok Agrawal (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद, ई.	Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे वरिष्ठ अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>