

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Unity of life			
APPLICATION No.: K/1218/1800		APPLICATION DATE: 7/12/18		 			
NAME of APPLICANT: KAJALI MAHALI		AGE-YEARS मास-वर्ष: 51				SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHISHU MAHALI		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SUBHASPALLI, RANIGUCHI, KHARAGPUR, NORTH 24 PARGANAS, 743425, WEST BENGAL					
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HONG MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)					
PAN No. XXXX XXXX							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No					
आप आय आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे):		हाँ / 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 के साथ सम्बन्ध			
1.	KAJALI MAHALI	51	F	SELF			
2.	SRINATH MAHALI	50	F	DAUGHTER			
3.	MINATI MAHALI	26	F	DAUGHTER			
4.	PRADYUMN MAHALI	21	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) पटवारी रखाई की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण)			
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने पने निशानों का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्मानुसंधान से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रमाण						
1.	TRANSPOSAL-CATARACT-RE						
2.	SURGERY-RE (Sust+Gob)						
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED तो यह सहायता पूरी				

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 suspension/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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस बात का घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस रोग या स्थिति के कारण किसी भी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊँगा और न ही बीमा में दावा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-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 आवेदन पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउण्डेशन" और इसके "ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में घोषित हैं, उनके "कोशिका" फाउण्डेशन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों के माध्यम से दानों को एकत्रित करने के लिए या कोशिका फाउण्डेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए। मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग कोशिका फाउण्डेशन द्वारा मेरी उपचार या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग कोशिका फाउण्डेशन के ट्रस्टी द्वारा किया जा सकता है, जो मेरी सहायता को जारी रखने या न करने का फैसला करेगा। इस मामले में "कोशिका" फाउण्डेशन के ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this candidate 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा करने वाले को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मरीज के लिए या तो ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है, जिससे कि कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता को पूरा करने में सक्षम हो सके। यदि कोशिका फाउण्डेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के अभाव में अन्य संगठन या स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा का अर्थ है कि कोशिका फाउण्डेशन को सहायता प्रदान करने में कोई भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी का उपचार इस रोगी की स्थिति के अनुसार होगा और इससे कोई भी प्रभाव नहीं होगा। उपचार का चयन रोगी और कोशिका फाउण्डेशन के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करेगा, जो कि कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता को पूरा करने के लिए है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 3/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नंबर सहित मुद्रा	Shib Sanjiv Dasgupta Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे द्वारा हस्ताक्षर किया गया अधिकृत अधिकारी
---	---	--

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

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