

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		K/128/1834		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 8/12/18	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		KODIMON BISI		AGE-YEARS वर्ष-वर्ष	SEX लिंग
		70		F.	
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम		MONCHOP GAZI			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता					
TAKSHAN PARKARWADA GACHA KIVIRPUR, BAGINHA NORTH MARGHANA 713472, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता					
AS ABOVE					
OCCUPATION: व्यवसाय		HOUSE WIFE		☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		NIL		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. क्या है या नहीं?					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू 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.	KODIMON BISI	70	F	SELF	
2.	MONCHOP GAZI	58	M	HUSBAND	
3.	SANCUR GAZI	46	M	SON	
4.	ZANAL GAZI	42	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
☐ EPL Card (Attach Card Copy) एपिली कार्ड की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएस सीटी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) रेशियन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने दिवसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached सामान्य/दवाखाना से जारी की गई दवाखाना सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT RE.				
2.	SUGGERY - RE (SILICON)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 की 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही और सत्य हैं। कोई भी झूठा विवरण मेरी आवेदन और जारी सहायता, यदि कोई हो, को खारिज करने योग्य बना देगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने इस सहायता की मांग की है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो इस सहायता के लिए और न ही किसी भी अन्य उद्देश्य के लिए सहायता की मांग 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/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 प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, दूर, दूरदर्शन, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन से मुझे सहायता के लिए मांगें और/वास्तव में मेरे लिए किसी भी प्रकार के सहायता के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का प्रकाशित होना इसका मतलब है कि मैं या मैंने अपने से किसी "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता की मांग नहीं की है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के सहायता के लिए प्रकाशित करने से मुझे सहायता मिलने का अधिकार नहीं है। इस सहायता के लिए "कोशिका" द्वारा सहायता की मांगें या किसी भी अन्य स्रोत से सहायता की मांगें अंतिम और स्वीकार्य होंगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या बायाँ 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 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, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए हमारे मामले/रोगी को भेज रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्तीय सहायता के लिए मांग रहे हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोत से सहायता की मांग करने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती है, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता की मांग नहीं की है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें केवल वित्तीय सहायता मिलेगी है। हमारे रोगी/रोगी के मामले/रोगी का चिकित्सा/उपचार का चुनाव हमारे रोगी/रोगी के चिकित्सक और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के लिए मांगे गए रोगी/रोगी के चिकित्सक के बीच होगा। हमारे रोगी/रोगी के मामले/रोगी के चिकित्सा/उपचार का चुनाव हमारे रोगी/रोगी के चिकित्सक और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच होगा। हमारे रोगी/रोगी के मामले/रोगी के चिकित्सा/उपचार का चुनाव हमारे रोगी/रोगी के चिकित्सक और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/12/18	Dr. Hari Shanker Nag (Name of Dr. & Designation with Stamp)	Sanjay Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2
[Signature]	[Signature]