

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K11248/1135		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 8/12/18		
NAME of APPLICANT: आवेदन का नाम: JAYRAN NISHA		AGE-YEARS वयस वर्ष: 63	SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम: ABDUL RAHMAN				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता 1, BANAYARI LAI RAY ROAD, HANSRAH MUNICIPAL CORPORATION, CHALABARI, HANSRAH-711011 WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता - AS ABOVE -				
OCCUPATION: व्यवसाय: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ MARRIED ☐ UNMARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. (आई टैक्स संख्या):				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं):				
FAMILY DETAILS (परीक्षा विवरण)				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन के साथ संबंध
1.	JAYRAN NISHA	63	F	SELF
2.	ABDUL RAHMAN	74	M	HUSBAND
3.	MORTAL RAHMAN	39	M	SON
4.	MILAD RAHMAN	9.5	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्न विकल्प				
EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग का 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 निम्न निम्नलिखित कारण:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CHANCA - RE.			
2.	SURGERY - RE (SUSPECT)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता का राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पर)

- 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 प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण सत्य सत्य प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी प्रस्ताव निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आग्रहपूर्वक निश्चय करता हूँ कि "उद्देश्य" के अंतर्गत, जिसके लिए मैं इस प्रस्ताव में सहायता का अनुरोध कर रहा हूँ, के लिए मैंने सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही करना है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता से प्राप्त राशि का उपयोग किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी के माध्यम से प्राप्त राशि के लिए नहीं करूँगा।

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-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 प्रस्ताव पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में घोषित करें, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत करें। मेरे नाम का उपयोग मेरे प्रस्ताव के अंतर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या ट्रस्टी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे सहमति के प्रसारित करने के लिए मेरी स्वीकृति के बिना ही प्रसारित करने का अधिकार नहीं होगा। इस मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता का उपयोग करने का अधिकार केवल ट्रस्टी के पास होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान



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 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.
- हमने यहाँ घोषणा की है कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से निवृत्त हो चुके हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव के माध्यम से प्राप्त करने का अनुरोध कर रहे हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरा अर्शक और मैं ही अर्शक के लिए वित्तीय सहायता के लिए हूँ, जिसके लिए मैंने कोशिका फाउंडेशन से सहायता का अनुरोध किया है। यदि कोशिका फांडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो मैं या मेरा अर्शक कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता का अनुरोध कर सकते हैं। यह घोषणा केवल वित्तीय सहायता के लिए है।
- 2) कोशिका फाउंडेशन द्वारा दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और अर्शक के बीच का निर्णय है और कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता का कोई प्रभाव नहीं है। अर्शक कोशिका फाउंडेशन से सहायता के लिए अनुरोध करने के लिए कोशिका फाउंडेशन को कोई भी जिम्मेदारी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 08/12/18	Dr. Harkrishan Nag MBBS, MCh (PHTH) (Name of Dr. & Nag, No. with Stamp) हॉस्पिटल की डॉक्टर का नाम और हस्ताक्षर	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शक 2