

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Health of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :		K1128/1848		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि		10/12/18	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम				AGE-YEARS वर्ष-वर्ष		SEX लिंग	
AMAR DAS				53		M	
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम				AJIT DAS			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासी का पता							
156/5 APC ROAD, MEDON STREET KOLKATA 700006, WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासी का पता							
- AS ABOVE -							
OCCUPATION: व्यवसाय				LABOURER.			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय				Rs 2400 x 12 = 24000/-			
FAN No. (आवेदक का पता)				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो पता हो उस पर सही का निशान लगाएँ)				Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS: परिवार 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 सम्बन्ध		
1.	AMAR DAS		53	M	SELF		
2.	MISS DAS		42	F	WIFE		
3.	SARASWATI DAS		19	F	DAUGHTER		
4.	KARTICK DAS		16	M	SON		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय 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 किसे करने विधि का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्मान्/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी की गई प्रमाणित सूची संलग्न						
1.	MAGNETIC - CATARACT - RE.						
2.	SURGERY - RE (Cataract)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पण द्वा प्रमाण)

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मानने अथवा सत्य माना है तो कोई आशय विवाद की बात बनती है।
- 2) मैं इस बात को यकीनपूर्वक "बोलीका फाउंडेशन", से ही प्राप्त करूँगा, जो कि मैंने यहाँ पर बताया है, अथवा उपरोक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किसी अन्य स्रोत, से इस सहायता को प्राप्त करूँगा।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में, न ही भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो इस सहायता को प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण द्वा 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-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 की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "बोलीका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण में जोड़ सकते हैं, इसे "बोलीका" द्वारा प्रसारित कर सकते हैं, या, आवश्यकता पड़ेगी तब तक किसी भी माध्यम से मेरी तस्वीरें और जानकारी को उनके किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रमाण पर हस्ताक्षर करने के बाद भी मैं अपने नाम को "बोलीका फाउंडेशन" के बिना अधिकृत नहीं करूँगा।

2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी भरोसे के प्रसारित करने के लिए मैंने यहाँ पर सहमत हो गया है। इस प्रमाण पर हस्ताक्षर करने के बाद भी मैं अपने नाम को "बोलीका" द्वारा प्रसारित करने के बिना अधिकृत नहीं करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वा 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.

हम यहाँ पर, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा, इस मामले/रोगी को "बोलीका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान कर रहे हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जब तक कि हमें "बोलीका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "बोलीका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाण पर हस्ताक्षर करने के बाद भी हमें सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "बोलीका फाउंडेशन" से ही मैंने सहायता प्राप्त करने के लिए यहाँ पर सहमत हो गया है। यदि मैंने सहायता प्राप्त करने के लिए यहाँ पर सहमत हो गया है, तो मैंने सहायता प्राप्त करने के लिए यहाँ पर सहमत हो गया है। यदि मैंने सहायता प्राप्त करने के लिए यहाँ पर सहमत हो गया है, तो मैंने सहायता प्राप्त करने के लिए यहाँ पर सहमत हो गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के लिए

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 10/12/18	Dr. K. G. Ghosh MBBS, D.C. (Genl), ROS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Susrut Hospital, Cuttack, Odisha	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) एन व एन हॉस्पिटल, कटक, ओडिशा
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसे इलाक़ा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसे इलाक़ा 2