

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : K/128/1854		APPLICATION DATE : 18/12/18			
NAME of APPLICANT : NARAYAN DAS.		AGE-YEARS 66	SEX M.		
FATHER/SPOUSE'S NAME : PATAL DAS.					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : MATHEE PARA RAJAMHAT BISHNUPUR NORTH 24 PARAGANAS HOOLIS, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -					
OCCUPATION : UNEMPLOYED.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)			
FAN No. XXXX XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देते हैं (जो लागू हो उस पर छीक या निशान लगायें): Yes / No 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 संबंध	
1.	NARAYAN DAS	66	M	SELF	
2.	GITA DAS	54	F	WIFE	
3.	DANIR DAS	32	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (आय पर की आय छीक संलग्न की)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की आय पर (आय पर की आय छीक संलग्न की)		Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (आय पर की आय छीक संलग्न की)	
Any Other Basis/Proof आप कोई अन्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विषय का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आय/आय/आय से जोड़ी की गई उद्देश्य सुची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - R.E.				
2.	SURGERY - R.E (SUCCESSFUL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE आप स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता परी		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिक 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 प्रकरण में मिले गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे खोले प्रस्ताव निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से लेने जा रहा हूँ, जल्दा उपलब्ध होने परलेन की पूर्ति के लिये बिना उपयोग, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा हूँ कि मैं इस प्रस्ताव हेतु या प्रकरण की राशि, उस स्रोत या व्यक्ति से प्राप्त किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 रूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शिक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा मांगे, दान, सहायता प्राप्त करने के लिये प्रचारित/प्रसारित और प्रकाशित करने के लिये किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे प्रकरण को खतरे में डालने से पहले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मांगी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से मांगी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रस्तावित करने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विवरण को जारी है, बिना हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए प्रस्तावित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु प्रस्तावित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मांगी अधिकृत है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने जा रहा प्रस्तावित करने वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त प्रस्तावित करने की राशि को प्रस्तावित करने का पूर्णतः हमारे द्वारा प्रदान करने का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान करने का कोई प्रस्ताव नहीं है। प्रदान करने के लिये प्रस्तावित करने की राशि को प्रदान करने का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" से लेने जा रहा प्रस्तावित करने वित्तीय प्रकृति की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/12/18	Dr. K. G. Singh MBBS, D.O., D.M.D. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Saxat Eye Hospital, New Delhi, India	Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) एन ए ए हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिक के लिये)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2