

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: K/1248/1861 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 10/12/18 आवेदन दिती		 	
NAME of APPLICANT: DURGABALA SHAW आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 68 वर्ष	SEX: F लिंग		
FATHER/SPOUSE'S NAME: AN PRABHU SHAW पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KANTHALPURA SOUTH 24 PARAGANAH WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. 3442 3442 3442					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)					
Yes / Ha 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 से क्या संबंध	
1.	DURGABALA SHAW	68	F	SELF	
2.	SUNIL SHAW	45	M	SON	
3.	PRABHU SHAW	39	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग 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 किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित प्रतिलिपि				
1.	DIPLOMA - ANATOMY - RE.				
2.	SURGERY - RE (SINUSITIS)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी कार्य सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 rejection/termination.
- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे ग्राह्यता प्रपत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात की गंभीरतापूर्वक घोषणा करता हूँ कि, जिस सहायता को मुझे मिले, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने इस सहायता की मांग की है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए किसी भी प्रकार के भुगतान, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं करूँगा और न ही भविष्य में 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-up/republish 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 मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच सहमति है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के भुगतान के प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच सहमति है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप



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 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, हमारे द्वारा यहाँ दिये गए हस्ताक्षर/मुद्रा के द्वारा, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र को स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी प्रकार की मांग कर रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हमें अपने शेष वित्तीय आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के माध्यम से हम स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" केवल वित्तीय सहायता प्रदान करता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" की सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव, जो कि हमारे रोगी के लिए है, हमारे रोगी और हमारे डॉक्टर के बीच है। "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी भुगतान हमारे रोगी के उपचार/प्रक्रिया को प्रभावित नहीं करता है। हमारे रोगी के उपचार/प्रक्रिया के लिए हमारे रोगी और हमारे डॉक्टर के बीच है। "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी भुगतान हमारे रोगी के उपचार/प्रक्रिया को प्रभावित नहीं करता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/12/18	K. Ghosh DO, DNB (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) कोशिका फाउंडेशन के लिए स्वीकृति	Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे रोगी के लिए स्वीकृति
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा सहमति)

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