

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :		V1128/18M3		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि		11/12/18.	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम			AGE-YEARS मास-वर्ष		SEX लिंग		
TUNIPALAMONDAL			75		F.		
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम							
DURGA BAR.							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता							
BACHUPUR, NORTH-TWENTY FOUR PHILGAMES							
MUSAYEE WEST MEDICAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता							
- AS ABOVE -							
OCCUPATION : व्यवसाय				MARIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)			
HOME MAKER							
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य जोड़ें)			
NIL							
PAN No. सवाई खाते संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाख हैं (को खाने की उस पर सही का चिह्न लगाएं)							
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 से संबंध			
1.	TUNIPALA MONDAL	75	F	SELF			
2.	TAPAK MONDAL	61	M	SON			
3.	SUNIT MONDAL	44	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपा प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने बिजली का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर और दवा की गई प्रतिबद्ध सूची संलग्न						
1.	THALASSEMIA - CATARACT - RG.						
2.	SURGERY - RG (SUCCESSFUL)						
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पाए हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED सी गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: none yet none yet

- 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 Koushika 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 insurance/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नमान आता है तो मेरी प्रार्थना सिवा की जा सकती है।
- 2) मैं इस को प्रमाणित करती हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिली है, उसका उपयोग केवल प्रश्न में दिये गये उद्देश्य, के लिए करना है।
- 3) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि मैं इस प्रमाणित रूप पर अर्पण की मदद, उस उद्देश्य के लिए ही नहीं करूँगा कि किसी अन्य बीमा/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से या किसी भी और भी बीमा से मिले।

AGREEMENT by APPLICANT (attach the work)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/dupl-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 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 प्रश्न पर उत्तर दायता या कोई भी दावा उत्पन्न, मैं (अर्हक) स्वयं सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्र, माध्यम या अन्य उद्देश्य से मुझे प्रेषित/प्रसारित/प्रकाशित/प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने में लिख अधिकृत है। वे इस का विवरण मैं इसमें के पता या नाम में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे नाम, पता, फोटो और विवरण को कि इसका वे उद्देश्य से प्रेषित है मुझे इसका उपयोग का उपयोग नहीं करता। इस सहमति में "कोशिका" द्वारा प्रेषित न्यासी का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अमेरिका की इलाक़ा का अंग्रेज़ों का नियंत्रण



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से 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 this matter.

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सन्निवृत्तों के लिए संस्थापित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. K. Ghosh MBBS, DGO, DNB, FICS (Name of Doctor & Regn. No. With Stamp) डॉक्टर का नाम व रेगन नं. के साथ स्टैम्प	<i>Singh</i> Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) यहाँ पर अनुमति प्राप्त अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 આચાર્ય શાસ્ત્રી 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 આચાર્ય શાસ્ત્રી 2
	