

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 5/128/1824		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 11/12/18					
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : DIPAK ROY		AGE-YEARS मास-वर्ष : 59		SEX लिंग : M.			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : JIBAN ROY.						 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : 1/10/10, SENA ROAD, BELONGARIA, KAMARJATI, NORTH 24 PARGANAS, PIN-743056, WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता : - AT ABOVE -							
OCCUPATION / व्यवसाय : LABOURER.							
TOTAL ANNUAL INCOME : ₹ 2000 x 12 = 24000/-				(Attach Proof of Income) (आप का सक्षम प्रमाण)			
PAN No. / आयकर पहचान संख्या : [Blank]							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आयकर का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर 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 के साथ संबंध			
1.	DIPAK ROY	59	M	SELF			
2.	KABIR ROY	42	F	WIFE			
3.	RUNBAR ROY	16	M	SON			
4.	LIKA ROY	16	F	DAUGHTER			
5.	RINA ROY	16	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ कर भरें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयकर प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ कर भरें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़ कर भरें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या सिद्धी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न						
1.	TUBERCULOSIS - CATAPAL - RA.						
2.	Scurvy - RA (Scurvy)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त भएगी?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो प्राप्त सहायता होगी			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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, false 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आग्रहपूर्वक प्रतिबद्धता व्यक्त करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त होगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस सहायता के लिए या भविष्य में, किसी भी प्रकार से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड किया है और न ही रिफंड करने की योजना बनाई है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकृति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरी नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रयोग करने की पूर्ण शक्ति दी जाती है, जिस उद्देश्य के लिए मुझे सहायता दी जा रही है। मैंने इस सहायता की मांग की है। मैंने इस सहायता की मांग की है। मैंने इस सहायता की मांग की है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के रिफंड के प्रयोग करने की पूर्ण शक्ति दी जाती है। मैंने इस सहायता की मांग की है। मैंने इस सहायता की मांग की है। मैंने इस सहायता की मांग की है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

- 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 वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने की योजना बना रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की योजना बना रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें सहायता नहीं देता, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की योजना बना लेनी होगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव हमारे और रोगी के बीच होता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं होता है। हमारे और रोगी के बीच होता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं होता है। हमारे और रोगी के बीच होता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/12/18	Dr. K. Ghosh BBS, DD, DNB, FRCS Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) अर्शक के नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) अर्शक के नाम व हस्ताक्षर व छाप
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक के लिए)

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