

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K11218/1883		APPLICATION DATE: 11/12/18			
NAME of APPLICANT: MANA DAS		AGE-YEARS 88		SEX F.	
FATHER/SPOUSE'S NAME: DAHIREN DAS.					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 94/106/11/111 APC ROAD, SYAMBAHAIL NAIL, KOLKATA 700009, WEST BANGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: HOME MAKER.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income) (अपन का सबब प्रमाण)			
PAN No. XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No अपन आय कर दाता है (को सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ): ☒ 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 सम्बन्ध	
1.	MANA DAS	88	F	SELF	
2.	CATKAT DAS	85	M	SON	
3.	PRADIP DAS	32	M	SON	
4.	SUCHITRA DAS	29	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि अनुसार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आयदा पर (अपन पर की आय प्रति संलग्न की)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अपन आय वर्ग आयदा पर (अपन पर की आय प्रति संलग्न की)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (अपन पर की आय प्रति संलग्न की)	
Any Other Basis/Proof अन कोई सबब					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने पने निम्नी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मर्यादा/दोस्तर से जुडी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RA.				
2.	SURGERY - RA (SICR + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गये हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशी			

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, 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है तो उसे अस्वीकार किया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत, जैसे कि नियोक्ता या बीमा कंपनी, से इस सहायता के लिए पूरा या आंशिक रूप से वापस नहीं लेऊंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रारूप में जोड़ सकते हैं, जो "कोशिका" फाउंडेशन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि माध्यमों के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए। मेरा फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा किया जा सकता है, जो "कोशिका" फाउंडेशन द्वारा दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा 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 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 the matter.

इससे अधिकृत, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से किसी भी अन्य स्रोत, जैसे कि नियोक्ता या बीमा कंपनी, से इस सहायता के लिए पूरा या आंशिक रूप से वापस नहीं लेते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता से किसी भी अन्य स्रोत, जैसे कि नियोक्ता या बीमा कंपनी, से इस सहायता के लिए पूरा या आंशिक रूप से वापस नहीं लेते हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए योग्यता

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCS Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर और पंजीकृत नंबर के साथ मुद्रा	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) अपना नाम और पद हस्ताक्षर और मुद्रा के साथ
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेदार 2