

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: आवेदन क्रमांक : K11248/1901		APPLICATION DATE: आवेदन दिनांक : 11/12/18.				 	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम BABLU DAS.		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 63	SEX लिंग : M.				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम RABU DAS.							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासी पता VILLAGE/POST/TA/DC/11, A.P.C. ROAD, SARANPUR, MAHARASHTRA 431004, DIST. NAGPUR.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासी पता AS ABOVE.							
OCCUPATION: व्यवसाय : UNEMPLOYED.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय : NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)					
PAN No. स्थायी आयकर पहचान संख्या : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): हाँ / नहीं : ☒ हाँ							
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.	BABLU DAS.	63	M	SELF.			
2.	RABU DAS.	60	M	FATHER.			
3.	SANCHITA DAS.	20	F	DAUGHTER.			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न विकल्प चुनें							
BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न लक्ष्य निर्धारित करें:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोग/रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से संबंधित डॉक्टर की राय प्रमाणित करने के लिए संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.						
2.	SURGERY - RE (CIC510L)						
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता मिली है या नहीं से लिख पत्र दें?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED सी.पी.एस. की राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र तथा मेरी सभी वित्तीय सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से जो मैंने माँगा है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रपत्र में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस रकम का कोई भी हिस्सा या पूरा हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

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/post-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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़े हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादों, घर, सम्पत्ति या अन्य उद्देश्यों से धुंधली या अस्पष्ट करने के लिये किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मैं इस बात का विचार करता हूँ कि इस बात का मतलब है कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" को अपनी स्वीकृति दी है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने के लिये मुझे पता: कोशिका का हस्ताक्षर नहीं चाहिए। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के लिये ली गई स्वीकृति अंतिम और अपरिवर्तनीय होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली 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 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, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि मैं या मेरी हॉस्पिटल और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रकम के समान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/करने में लगे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती/प्रदान नहीं की जाती, तो हमें अपने स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश की जाती है। सहायता केवल वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश की जाती है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मैंने सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे द्वारा या किसी भी रकम/प्रकृति या धन के लिए हमारे द्वारा सहायता के लिए माँगा जा रहा है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्राप्त की जा रही है। हमारे द्वारा सहायता के लिए माँगा जा रहा है और "कोशिका फाउंडेशन" की कोई भी स्वीकृति या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/12/18

Dr. K. S. Bagchi
MBBS, DNB
(Name, Regn. No. with Stamp)
Sushil Kumar Bagchi

Sushil Kumar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
मान्यता प्रदान करने वाले अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
मान्यता प्रदान करने वाले

SIGNATURE of TRUSTEE 2
मान्यता प्रदान करने वाले