

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/128/1902 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 11/12/18 आवेदन तिथि		 	
NAME of APPLICANT: ASHOK PAIK. आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 60 वर्ष	SEX: M. लिंग		
FATHER/SPOUSE'S NAME: DHANANJAY PAIK. पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 88/1 MURARI PURA ROAD, ULTA DAKA, MAIN ROAD, KOLKATA 700027, WEST BENGAL. वर्तमान निवास पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE. स्थायी निवास पता					
OCCUPATION: UNEMPLOYED. व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय					
PAN No. XXXX XXXX पैन संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (को चुनें जो लागू हो):				Yes / No 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 संबंध	
1.	ASHOK PAIK.	60	M	SELF.	
2.	DURGA PAIK.	44	F	WIFE.	
3.	CHITRA PAIK.	25	F	DAUGHTER.	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी कार्ड की प्रतिलिपि जोड़ें		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधारित प्रमाण पत्र जोड़ें		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड जोड़ें	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न उद्देश्य					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रातिपत्र जोड़े गए				
1.	TUBERCULOSIS - CAT 100 - 12.				
2.	SURGERY - 16 (Cataract).				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए अन्य सहायता किसे और कहां से मिल चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी कितनी सहायता मिली	

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दिये गए प्रपत्र पर दिया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का उपयोग मेरे इलाज के पूरा होने या मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस सहायता के लिए प्रदान करने के लिए "कोशिका" को अधिकृत है। इस सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- 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.
- हस्ताक्षर करके, हम यहाँ स्वीकार करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता ले रहे हैं, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता पूरी तरह से नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं कि हमें वित्तीय सहायता के लिए पूर्ण रूप से स्वतंत्र होना चाहिए।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास इलाज के लिए या अन्य किसी भी उद्देश्य के लिए सहायता के लिए कोई भी अन्य स्रोत है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलने का कोई भी दायित्व नहीं है। इसलिए हमें अपने इलाज के लिए या अन्य किसी भी उद्देश्य के लिए सहायता के लिए पूर्ण रूप से स्वतंत्र होना चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., DNB, FICS Reg. No. 12345 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर यहाँ करें	Shib Sanker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हम व हमारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदक के लिए)

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