

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन क्रमांक : K1128/1918		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 12/12/18		 Koshika Foundation Building Block of life.	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम BHUTNATH MAJI		AGE-YEARS : वयस वर्ष 75	SEX : लिंग M		
FATHER/HUSBAND'S NAME : पिता/पति का नाम BINOD MAJI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता 18 A1 NO-131, JEWANA BOLIATORE, DANKURA MIZAM, WEST BANGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता - AS ABOVE -					
OCCUPATION : व्यवसाय UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. : आयकर पहचान संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं? (जो धारा 80C के तहत छूट का विवरण देंगे)				Yes / No हां / 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 क्या संबंध	
1.	BHUTNATH MAJI	75	M	SELF	
2.	CHANDRA MAJI	65	F	WIFE	
3.	SUBANTA MAJI	39	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रीति से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न				
1.	Trauma - Cataract - Lc				
2.	Surgery - Lc (Sclerol)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो यह 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, liable for rejection/termination.
- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे नहीं प्रदान किया जा सकेगा है।
- 2) मैं इस बात का आग्रहपूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रमाण हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही भविष्य में मुँह

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने स्वामी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोर्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" समूह द्वारा, दूर, संचारण द्वारा इत्यादि से मुझे चिकित्सीय और वित्तीय मदद के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का विचार नहीं करता कि मेरे नाम या पता से मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रकाशित करने के उद्देश्य से प्रेषित हैं, प्रकाशित या प्रसारित नहीं किया जा सकेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उचित न्यायोर्ष का निर्णय लेगा और सकारात्मक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)**

- 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, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए माँगा गया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता मिलने की आवश्यकता होगी। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें सहायता मिलने पर हमें सहायता मिलने हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से सहायता मिलने की आवश्यकता नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जायेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी या रोगी का उपचार जो कि रोगी के चिकित्सीय या चिकित्सीय उद्देश्य के लिए है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी, वह रोगी के चिकित्सीय उद्देश्य के लिए है और "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता प्रदान की जायेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी।

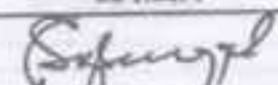
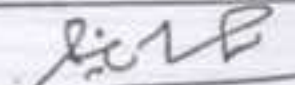
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 12/12/18	 (Name of Dr. & Sign. No. with Stamp) डाक्टर का नाम और हस्ताक्षर नंबर 45636	 Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम 2 
--	---