

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : K/1248/1920		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 12/10/18					
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम CHANDMEHARAN Roy.		AGE-YEARS आयु-वर्ष 56		SEX लिंग M.			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम NAKARI Roy.							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता URUGRABHI SHILLAGAR BHATTACHARYA GANGAJAGANNATH BANKURA 722205, WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता - AT ABOVE -							
OCCUPATION: व्यवसाय FARMER.				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय Rs 18000/- = 21600/-				(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य प्रमाण)			
PAN No. प्राप्त नहीं हो सका							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाख हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं।) Yes / No हाँ / नहीं ☒ No							
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 से संबंध			
1.	CHANDMEHARAN ROY	56	M	SELF			
1.	KUMOLI ROY	45	F	WIFE			
2.	PRAYANNA ROY	21	F	DAUGHTER			
3.	ANJANIK ROY	18	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपायोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे कौन किसकी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/दवाइयों से जारी की गई प्रतिशोध सूची संलग्न						
1.	THAIKUNDELL - CATARACT - L.						
2.	SARGAM - L (SISTROL)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता मिली			

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 प्रकरण में मिले लगे सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मानकर भ्रम उत्पन्न होता है तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की गंभीरतापूर्वक घोषणा करता हूँ कि, यदि मेरी प्रार्थना सही प्रकार से पूर्ण की जायेगी, तो मैं इसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

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

1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जो "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, पत्रिकाएँ, सूचनाएँ, रेडियो से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियों के विवरण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे उपकरण का उपयोग मेरी उपचार के पक्ष में या मेरे उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना प्रार्थना के अंतिम निर्णय के बिना प्रार्थना प्रदान की जा सकती है। इस प्रकरण में "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्रिकाओं का निर्माण और प्रकाशन शामिल है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठी 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, हमारे यहाँ की ओर से प्राधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इसके (हॉस्पिटल) हम प्रमाण देने के बिना स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हम वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जा रही है, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण रूप से प्राप्त नहीं की जाती है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण रूप से प्राप्त नहीं की जाती है, तो हमारे पास दूसरे स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट किया गया है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता के बिना लगे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का हक्क है। कोशिका फाउंडेशन से दी गई सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में होने वाले उपचार और अन्य बातों को सही निर्णय देने पर हॉस्पिटल को होने और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 12/12/18	(Name & Design, Name with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इतिहास व छाप Shanker Nag	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी Shankar Bagchi
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 [Signature]
---	---