

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No.: K/1248/1900		APPLICATION DATE: 13/10/12					
NAME of APPLICANT: MANTI DEVI		AGE-YEARS: 60		SEX: F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: CHANDARPAALI PACEI							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SHRIMATI MANTI DEVI, KANAKPURI, NORTH 21, PRADEEP, HYDRABAD, WEST BENGAL.				 			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE							
OCCUPATION: HOME MAKER.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ✓					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)					
PAN No. XXXX XXXX		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / 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 के साथ सम्बन्ध			
1.	MANTI DEVI	60	F	SELF			
2.	CHANDARPAALI PACEI	60	M	SON			
3.	TEENAM CHANDARPAALI	31	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रमाण प्रत (अलग पत्र की साथ प्रत प्रस्तुत की)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ प्रत प्रस्तुत की)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (अलग पत्र की साथ प्रत प्रस्तुत की)		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 आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई प्रमाणित प्रत प्रस्तुत						
1.	CHANDARPAALI PACEI - 10						
2.	SURGERY - 10 (Surgical)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त प्राप्त की?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता कितनी			

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 दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे ग्राहक फंडिंग को वापस करवा दिया जायेगा।
- 2) मैं इस घोषणा के साथ "कोशिका फाउंडेशन", से ही यह सही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम या कमतरता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से प्राप्त है और मैं इसे वापस नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करण)

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/republish 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 fulfilment 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 प्रकरण पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (अर्शक) अगली छवियों को प्रमाणित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई, दान, वसूली या अन्य उद्देश्य से मुझे चिकित्सीय और प्रशिक्षण के लिए किसी भी प्रकार का प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग मेरे इलाज के पूरा होने के बाद भी कर सकता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" मेरे नाम पर अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना अनुमति के उपयोग के प्रमाणित है मुझे इसका उपयोग करने की अनुमति है। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई जानकारी का निर्णय केवल और केवल ही होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)

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 अनुमति देने की "कोशिका फाउंडेशन" के लिए विवरण प्रमाणित की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाण से सत्य व सही मानते हैं।

1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए मांग नहीं की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए मांग नहीं की जाती है, तो हमें अपने स्रोत से वित्तिय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाण में हम यह मानते हैं कि हॉस्पिटल अपने स्रोत से वित्तिय सहायता प्रदान करने के लिए पूरी तरह से उत्तरदायी है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। हमें यह हस्ताक्षर करने के बाद हमें सहायता के लिए मांग करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हमें यह मानने की अनुमति है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए मांग करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हमें यह मानने की अनुमति है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए मांग करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हमें यह मानने की अनुमति है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए मांग करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए घोषणा

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 13/12/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) सहायक निदेशक-एन.ए. इलाहाबाद मेडिकल कॉलेज	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) मुख्य चिकित्सक इलाहाबाद मेडिकल कॉलेज
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाहा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाहा 2