

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (सहाय्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Icons of life	
APPLICATION No.: K/1218/1997		APPLICATION DATE: 14/12/18			
NAME of APPLICANT: MANTAJ BEGAM.		AGE-YEARS 55	SEX F.		
FATHER/HUSBAND'S NAME: SK. ALMAS.					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: NIMBIGHI, ULISARIA, HOSURAH TALUKA, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE.					
OCCUPATION: HOME MAKER.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)			
PAN No. XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / नहीं					
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 संबंध	
1.	MANTAJ BEGAM	55	F	SELF	
2.	SULTAN KHAN	50	M	SON	
3.	RAHIMA KHATUN	26	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति होना को)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की आय पर (आय पर की जाय प्रति होना को)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति होना को)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रुची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - ANEMIA - RE.				
2.	SURGERY - RE (DENTAL)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पाया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो गई सहायता राशि		

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण 40 वर्षों की आयु तक सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे ग्राह्यता प्रपत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से लेता हूँ कि मैं, अपना सम्पूर्ण अर्थ अथवा कोई भी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी, से इस प्रपत्र में मांगी गयी राशि के लिए नहीं प्राप्त करूँगा।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या अन्य स्रोतों से नहीं लेता, उस स्रोत का अधिकार या अधिकार प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों/रोजगार/बीमा कंपनी से न लेता 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 its Trustees to use/publish/post-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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत होकर, मैं (अर्शक) अर्शक प्रपत्र को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण कोशिका फाउंडेशन को प्रसारित करने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए मैं सहमत हूँ। प्रपत्र को प्रसारित करने के लिए मैं सहमत हूँ। इस प्रपत्र में "कोशिका" द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र में मांग रहे हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त करने के लिए हमें अधिकार है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश करने के लिए मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता हमें पूरी नहीं मिलती है, तो हमें अधिकार है कि हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार है। इस पुष्टि के साथ हम यह भी प्रमाणित करते हैं कि हमारे पास वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए हमें अधिकार है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का अपने अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश करने का कोई अधिकार नहीं है। अतः हमें हस्पताल में होने वाले उपचार और अन्य बातों को अपने अपने रिस्क पर हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भी प्रमाणित करने के लिए हमें अधिकार है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए सिफारिश

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 14/12/18	Dr. K. Ghosh M.D., DNB, FRCS FRCR, FRCR (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ छाप	Shib Ganekar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा सहमति)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आरोप हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आरोप हस्ताक्षर 2
	