

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K1121810006		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 14/12/18		 Koshika Foundation Building Block of the	
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : PARITOSH DEBNATH		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 75	SEX / लिंग : M.		
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : TILAK DEBNATH					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : UTTAR KHASDALANDA, HAROA NORTH, 50, PARANAGAR, HUGLYS, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता : - AS ABOVE -					
OCCUPATION / व्यवसाय : UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. / पैन संख्या : [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिक चिह्न लगाएं) Yes / हाँ No / 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 सम्बन्ध	
1.	PARITOSH DEBNATH	75	M	SELF	
2.	SUSHILA DEBNATH	62	F	WIFE	
3.	TILAK DEBNATH	29	M	SON	
4.	ADITHAN DEBNATH	26	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड, जोड़े प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधारित वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	
Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने निम्नी का उद्देश्य:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रस्तुत				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.				
2.	SURGERY - RE (Cataract)				
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / ली 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 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 इसे भी प्रमाणित करने की आवश्यकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करने, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार की रकम, पूर्ण या अंश, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं 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 & authorize Koshika Foundation and its 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण के लिए ही प्रयोग कर सकते हैं, जैसे "कोशिका" द्वारा आयोजित, चलाया, संचालित किये जा रहे होंगे या कुछ ऑनलाइन और ऑफलाइन के लिए किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे प्रकरण के बारे में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के भरोदारों के लिए है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के प्रदान करने के लिए है उसे प्रयोग करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रचारित करने के लिए अधिकृत और संचालित होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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.

यहाँ अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है, जिससे हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद मिलेगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूरित करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि से हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हमें सहायता प्रदान करने के लिए किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम (हॉस्पिटल) को ही लेना है, जो कि हमारे/हमारे का चुनाव है और हमें सहायता के लिए ही प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता को ही प्रयोग करने के लिए अधिकृत और संचालित होना।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/12/18	 Dr. K. Ghosh M.S., D.O., DNB, FRCS Reg. No.-50971 (Name of Dr. & Designation of Hospital Centre) डॉ. के. के. घोष का नाम व इलाका का पता	 Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (आपकी हस्ताक्षर 1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (आपकी हस्ताक्षर 2)
	