

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No.: 4/128/2014		APPLICATION DATE: 15/12/18			
NAME of APPLICANT: PARUL HALDAR		AGE-YEARS: 80		SEX: F.	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SURESH HALDAR					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SAHIBJI MUMUKSHU BHANDARI ANNE AMBESHI STREET, KOLKATA, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AT ABOVE -					
OCCUPATION: HOUSE WIFE.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)			
PAN No. XXXX 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 सम्बन्ध	
1.	PARUL HALDAR	80	F	SELF.	
2.	SURESH HALDAR	83	M	HUSBAND.	
3.	BINAY HALDAR	39	M	SON	
4.	TAMUL HALDAR	33	M	SON.	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रिकार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 मने निम्न का उद्देश्य:					
Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न					
Sr. No. क्रम संख्या					
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.				
2.	SURGERY - L.E (EXPHUL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी मने सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊंगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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/print-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोर्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" दण्ड, न्यायोर्ष, दण्ड, आकाशवाणी द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यायोर्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" दण्ड उसके न्यायोर्ष का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को सहायता या अंगूठे का निशान

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

- 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, हमारा यहाँ की ओर से परामर्शदाता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी आबादी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उसका उद्देश्य/उद्देश्य से लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्रपत्र को मान्यता देना "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रपत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निराकार/अस्वीकार हेतु प्रपत्र नहीं किया जाता है तो हमारा विचार अन्य भी आबादी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रपत्र उसका उद्देश्य/उद्देश्य हेतु किसी भी आबादी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेने।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जा रही है, उसे न तो हमारा प्रपत्र ही नहीं मान्यता या किसी भी उपचार/उपचार का सुझाव देती है। हमारा प्रपत्र केवल प्रपत्र का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रपत्र का कोई रचना नहीं है। इसलिए हमारा प्रपत्र के प्रपत्र सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियों को हमारा प्रपत्र को छोड़ें और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/12/18

Dr. K. Ghosh
MBBS, D.O, DNB, FRCS
Reg. No. - 50971
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप दें

Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
दण्ड व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायोर्ष हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायोर्ष हस्ताक्षर 2