

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K1/212/2035		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		LILU BHOSMIK		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम		RAMENDRA KUNAR PAUL		32	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता					
KALUA PALPARA JORA, KOLKATA, 700104, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता					
AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
HOUSE WIFE					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
NIL					
PAN No. : (यदि प्राप्त हो तो)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (को भी चयन करें जो लागू हो सके)					
Yes / No हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध	
1.	LILU BHOSMIK	32	F	SELF	
2.	GOPAL BHOSMIK	58	M	HUSBAND	
3.	JAYANTA BHOSMIK	45	M	SON	
4.	HIMANSHU BHOSMIK	46	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) एनडीएस के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का 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 निम्न उद्देश्य का वर्णन:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई उद्धरण प्रतिलिपि				
1.	DIAGNOSIS - CATHETER - LE				
2.	SURGERY - LE (SILUS MOLL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं इसे वापस लेना चाहता हूँ।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल इस प्रपत्र में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से किसी भी प्रकार की रकम नहीं ले रहा हूँ।

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 it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को मेरी छवि, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख की गई "उद्देश्य" के लिए सहायता माँगी गई है, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी माध्यम, जिसमें कि लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह, के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए या "कोशिका फाउंडेशन" के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी फैलाने के लिए उपयोग की जा सकती है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा उपयोग के लिए किया जा सकता है। इस उपयोग से "कोशिका फाउंडेशन" को किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

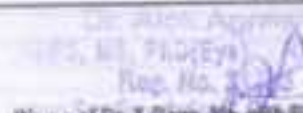
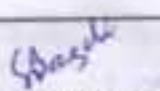
अर्शक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

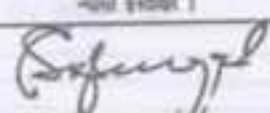
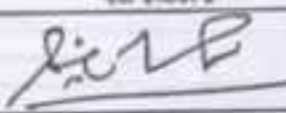
- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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 this matter.
- हमारे अधिकृत, इस प्रकार की और से सिफारिश करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाण दे सकते हैं कि हमने यहाँ घोषणा की है।
- 1) यह कि हमने अभी तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं माँगी है, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से माँगी है, जिसके लिए हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता माँगी है, जिसके लिए हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता माँगी है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार या प्रक्रिया का चुनाव केवल रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार की सहायता से प्रभावित नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 18/12/18	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नं. और मुहर	 Shishu Bhanu Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इस्तेमाल 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इस्तेमाल 2 
--	---