

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE সহায়তা हेतु आवेदन फार्म		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No.: K/1218/2062 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 18/12/18 आवेदन दिनांक :		 	
NAME of APPLICANT: JAMINI MAJUMDAR आवेदक का नाम :		AGE-YEARS मातृ-वर्ष : 42	SEX लिंग : M		
FATHER/SPOUSE'S NAME: DEBENDRA पिता/सहोदर का नाम :					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PORBA DIGHIRPARA HATHENDARA CANNING, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 15000 x 12 = 18000/- कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)			
PAN No. [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं):					
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 से क्या संबंध	
1.	JAMINI MAJUMDAR	42	M	SELF	
2.	ANU MAJUMDAR	37	F	WIFE	
3.	NAHITA NASIKAR	18	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	THASINDRA-CATARACT-RE				
2.	SURGERY-RE (SCTROL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पण करने वाले)

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से यदि मैं सहायता प्राप्त करूँगा तो मैंने जिस उद्देश्य के लिए किया, उसे इस प्रश्न में सत्य माना है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य में नहीं, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो रकम ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्पण करने वाले)

- 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 प्रश्न में मैंने इसका मत मानने की स्वीकृति दी है (अर्पण करने वाले) मैंने यहाँ बताना है कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत बताना है कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में बताने हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के बारे में सत्य है कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त की है।
- 2) मैं (अर्पण करने वाले) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए दिये जा रहे हैं, मैंने यहाँ बताने हैं कि सहायता का प्रदान नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा दिये गये निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पण करने वाले का हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा बताना)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ/होस्पिटल को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रश्न से सत्य मान लेते हैं।
- 1) वह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए नहीं चाहते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय तक के समय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रदान हेतु सत्य नहीं माना जाय तो मैं या मेरा हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से सत्य बताना है कि सहायता सिर्फ वित्तीय प्रदान करने के लिए है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्रदान की जा रही है। उसे मैं या मेरा हॉस्पिटल प्रदान करने के लिए सहायता/प्रक्रिया का चुनाव लेते हैं। सहायता के स्वरूप का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर मैंने उसे सहायता प्रदान करने की सही निर्णय लेते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/12/18	Dr. Anil Kumar MB, BS, FRCS(Ed), FRCS(Sp) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व दर्जा व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) जब व जहाँ हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इलाहाबादी	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इलाहाबादी
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>