

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life			
APPLICATION No. (आवेदन संख्या): K/12/8/2020		APPLICATION DATE (आवेदन तिथि): 18/12/18		 			
NAME of APPLICANT (आवेदक का नाम): SHEFALI DAS		AGE-YEARS (वय-वर्ष): 63				SEX (लिंग): F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME (पिता/सहोदर का नाम): SUNIL CHANDRA DAS		PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास): MADHYA BALIA, FLANK CAMPUS, SONARPUR, GURUDA, SOUTH 24 PARGANAS, JHARKHAND, WEST BENGAL				PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास): AS ABOVE	
OCCUPATION (व्यवसाय): HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED					
TOTAL ANNUAL INCOME (कुल वार्षिक आय): NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)					
PAN No. (आय कर पहचान संख्या): NIL							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उसे या नहीं का चिह्न लगाएं): हाँ / नहीं							
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)							
Sr. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (वय (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक के साथ संबंध)			
1	SHEFALI DAS	63	F	SELF			
2	SUNIL DAS	64	M	HUSBAND			
3	ANAND KUNDU	68	F	DAUGHTER			
4	SHRUTI MONDAL	35	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) (सहायता के लिए किसी आधार का चिह्न लगाएं)							
BPL Card (Attach Card Copy) (आय कर पहचान संख्या के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (आय कर पहचान संख्या के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) (आय कर पहचान संख्या के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)			
Any Other Basis/Proof (अन्य कोई आधार/प्रमाण)							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: (सहायता हेतु किसे करने के लिए या उद्देश्य):							
Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (आय कर/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई भी प्रमाणित प्रमाण प्रस्तुत करें)						
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE						
2	SURGERY - RE (SCLERAL THICK)						
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES (इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?)							
Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED (कोई भी सहायता राशि)				

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पर):

- 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 जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में उल्लिखित उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में सत्य है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, कि मैं इस या किसी अन्य सहायता के माध्यम से अपने या किसी अन्य व्यक्ति के लिए किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त कर सकूँ।

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/put-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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, चित्रों, पत्रकारिता द्वारा अथवा अन्य किसी भी माध्यम के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को प्राप्त करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस प्रपत्र में "कोशिका" द्वारा उल्लिखित उद्देश्य का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर/छाप के माध्यम से, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

1) यह कि हम अभी या भविष्य में किसी अन्य सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य सहायता से इस रोगी/रोग के लिए सहायता नहीं मांगेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें इस सहायता को पूरा करने के लिए किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अन्तर्गत यह स्वीकार किया जाता है कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, उसका उपयोग केवल वित्तीय प्रकृति का होता है। सहायता के माध्यम से रोगी के उपचार का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच का होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार की सहायता नहीं दी जाती है। इससे हस्पताल को रोगी के उपचार का पूर्ण ज़िम्मेदारी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/12/18	(Name of Dr & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नं. के साथ छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. व. ज. इन्दरानी अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2