

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		K/1218/2160		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि		21/10/18	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम				AGE-YEARS वर्ष-वर्ष		SEX लिंग	
DIDAR MOLLYA				69		M	
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम							
BAHARADDI MOLLYA							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता							
1MAN DALIPARA 0 DIALI PARA 1 MANGSHA MATHERARI AGAD, SANDERAKHAR, NORTH 24 PARGANAS, 743442, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता							
AS ABOVE							
OCCUPATION: व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
UNEMPLOYED							
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
NIL							
PAN No. (आय कर पहचान संख्या)							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं? (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)							
Yes / हाँ / No / 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 क्या सम्बन्ध		
1.	DIDAR MOLLYA		69	M	SELF		
2.	ROUAMIN MOLLYA		60	M	BROTHER		
3.	ABMILOR ROHAMAN		48	M	SON		
4.	ATYAK MOLLYA		40	M	SON		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 दिने गले निम्नी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE						
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)						
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED सी गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास हो या प्रकट हो।
- मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त की है और न ही भविष्य में प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/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 seeking 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.
- 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.
- इस प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "अर्शिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "अर्शिका" फाउंडेशन, टीए, एनएफएफए के माध्यम से मेरी प्रार्थनाओं और उपलब्धियों को लाने बिना भी प्रसारित करने में सक्षम होंगे।
- मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रकाशित करने में अर्शिका फाउंडेशन का हस्तक्षेप नहीं होगा। इस संबंध में मैं "अर्शिका" फाउंडेशन के ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य मानूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल के लिए)

- 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:
- 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, in 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.
 - 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 घोषणा कर रहा हूँ कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार्य करते हैं:
- यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता प्राप्त करेंगे, जो कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार्य करते हैं: यदि हम "अर्शिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रार्थना करते हैं, तो हम (हॉस्पिटल) को यह स्वीकार करना पड़ेगा कि यदि "अर्शिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से न मिले, तो हम (हॉस्पिटल) को अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता होगी।
 - "अर्शिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। उपचार का प्रारूप हमारे रोगी और हमारे बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इसका कोई भी प्रभाव "अर्शिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता पर नहीं पड़ेगा। अतः हम (हॉस्पिटल) को अपने रोगी की सुरक्षा और उपचार के लिए पूर्ण जिम्मेदारी होनी चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुद्धि

Date of Surgery अपेक्षित की तिथि 21/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCS (Name of Dr. & Designation with Stamp) कोशिका फाउंडेशन के लिए संसुद्धि	Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका फाउंडेशन के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आपकी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आपकी हस्ताक्षर 2