

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/1218/2166		APPLICATION DATE आवेदन तिथि		22/12/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		MD. SELIM		AGE-YEARS वर्ष-वर्ष	62		SEX लिंग
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम		MD. YASIN.					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता							
74/1/1A, SIB SA ROAD, WEST BENGAL. KOLKATA.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता							
- AS ABOVE -							
OCCUPATION : व्यवसाय				UNEMPLOYED.			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				NIL			
PAN No. : पैन संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)				Yes / No हां / 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 संबंध		
1.	MR. SELIM		62	M	SELF.		
2.	MR. YASIN		64	M	BROTHER.		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के निम्ने विधि आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग 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 निम्नी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न						
1.	TUBERCULOSIS - CATARACT - LG.						
2.	SURGERY - LG (SALICINOL)						
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 वही गई 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस बात का गम्भीरतापूर्वक स्वीकार करता हूँ कि यदि मेरी मदद कोशिका फाउंडेशन से मिलेगी तो मैं इसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने मदद माँगी है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से अपने खर्चों का भुगतान नहीं करूँगा, न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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/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 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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) स्वयं स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगी गई मदद के लिए उपयोग के लिए हो सकते हैं। इस प्रारूप में मेरा उद्देश्य है कि मैंने मदद माँगी है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी के द्वारा प्रकाशित किया जा सकता है। इस प्रारूप में मेरा उद्देश्य है कि मैंने मदद माँगी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- 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 करने वाले अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हॉस्पिटल) अपने स्वयं के खर्च से सहायता नहीं कर सकते हैं।
- 1) यह कि हम कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता नहीं माँगे, न ही भविष्य में माँगे, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मिलेगी। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मिलेगी, तो हम अपने स्वयं के खर्च से सहायता माँगे।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया/उपचार का चुनाव हमारे और रोगी के बीच है, जो कोशिका फाउंडेशन से प्रभावित नहीं है। हमारे द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया/उपचार का चुनाव हमारे और रोगी के बीच है, जो कोशिका फाउंडेशन से प्रभावित नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/12/18	Dr. Ghosh MBBS, D.O, FRCS Reg. No. - 50871 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप दें	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व हमारे द्वारा सिफारिश करने वाले अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
---	---