

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/0119/2195 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 01/01/19 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: SUBRATA BISMAI आवेदक का नाम		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 49	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ANIL BISMAI पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता SHANPUKUR HAME GARA JUDAPURD KHAN PADA TANKROAD WARD NO 22, BASIMHAM NORTH 24 PARAGANA 94344 WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता - AT ABOVE -					
OCCUPATION: LABOURER व्यवसाय	MARRIED (विधायित) / UNMARRIED (अविधायित)				
TOTAL ANNUAL INCOME: ₹ 2000 x 12 = 24000 कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)				
PAN No. सवाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 से क्या सम्बन्ध	
1.	SUBRATA BISMAI	49	M	SELF	
2.	JOTIKA BISMAI	33	F	WIFE	
3.	ABHAN BISMAI	15	M	SON	
4.	ARJUN BISMAI	12	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 साक्ष्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने निम्नी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (GLS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त मिला है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED सी गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ कि मैं, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में वर्णित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष नहीं हूँ, उस यहाँ का आर्थिक या सहायता किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रारण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारण में वर्णित हैं, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित, दूर, संचारण द्वारा इंटरनेट से मुझे भविष्य में और वर्तमान में मेरे लिये किसी भी प्रकार संचारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारण का विवरण मेरे इलाज के पारो या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रसारित अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को इंटरनेट से प्रसारित है मुझे पता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित जानकारी और संचारण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)**

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 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, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में किसी भी सहायता हेतु सिफारिश करने का अधिकार नहीं रखते हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के लिए मान्यता हेतु "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित है कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार से प्रसारित नहीं की जाती है तो हमें अपने अधिकारों का उपयोग करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रक्रिया में हमें पता है कि सहायता सिर्फ वित्तीय प्रारण के लिए प्रसारित है कि सहायता सिर्फ वित्तीय प्रारण से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रारण को है। प्रारण का इस्तेमाल प्रारण को नहीं करना है किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव प्रारण एवं इस्तेमाल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रारण नहीं है। इसलिये हस्पताल में प्रारण के इलाज सुचारु और जाने जाने की सही जिम्मेदारी प्रारण एवं इस्तेमाल को प्रारण और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी प्रारण का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अपेक्षा की तारीख 04/04/19	Dr. Arindam Deb MBBS, DGO, FRCS Reg. No. - 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2