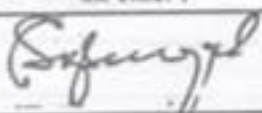


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0319/2262		APPLICATION DATE : 04.01.2019 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		PAKKAR SARDAR		AGE-YEARS अनु-वर्ष	SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम		ARSAD SARDAR		58	M		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता		LAKSHMI NARAYAN PUR DAKSHIN GANDHARPOUR SOUTH 24 BARGHANA 743300 WEST BENGAL.		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता			
OCCUPATION : व्यवसाय		FARMER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		Rs 1700 x 12 = 20400/-		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)			
PAN No. क्या है (आपका पास) : ☒ हाँ / ☐ नहीं							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पाल हैं (जो सही हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : ☒ हाँ / ☐ 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 के साथ सम्बन्ध			
1.	PAKKAR SARDAR	58	M	SELF.			
2.	SUNITA SARDAR	43	F	WIFE.			
3.	KULDEEP SARDAR	11	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न की)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये विषय का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSES CATARACT-RE						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह: 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वापस आयात प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष को नहीं हूँ, उस दवा का खर्च या अन्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार) 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक सत्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, वापस आयात करने, प्रसारण से मुझे प्रचारित करने और सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण मेरी सहायता के प्रकार या रूप से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रसारित अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को प्रदान करने के अधिकार हैं मुझे नहीं: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रत्यक्ष में "कोशिका" द्वारा प्रसारित अधिकृत का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार) 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 मान्यता के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी और सहायता संगठन से प्राप्त नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रदान उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेना। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या सहायता द्वारा दी गई सहायता या बिना गैर-व्यवसायिकता का चुनाव रोगी एवं सहायता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये सहायता में रोगी के सहायता सुझाव और अपने अपने को जारी सिफारिश रोगी एवं सहायता को रोगी और "कोशिका" की कोई भी सहायता या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए सिफारिश	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04.01.2019	Dr. Ashish Mondal M.S., MCh Reg. No. 71358 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप
Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व हम सहायता अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसे हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसे हस्ताक्षर 2 