

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				 Building Block of Life	
APPLICATION No.: K/0115/2291		APPLICATION DATE: 05-01-2019			
NAME of APPLICANT: SAI RABHI MAHATO		AGE-YEARS: 73	SEX: F	 	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HARIPADA MAHATO					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 44 AR SHASTRI GATE, BARODA ROAD, NORTH 24, PRAKASHA, 743425, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE.					
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विधिवत) / UNMARRIED (अविधिवत)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL.		(Attach Proof of Income)			
PAN No. & Income Tax Assessee (Tick whichever is applicable):					
☒ Yes / ☐ No हाँ / नहीं					
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
क्रम संख्या	परिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	लिंग	अवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	SAI RABHI MAHATO	73	F	SELF	
2.	SWAPAN MAHATO	49	M	SON	
3.	LAKHAN MAHATO	46	M	SON	
4.	TAPASI MAHATO	42	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof					
अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
सहायता हेतु दिने गये निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
क्रम संख्या	आपत्त/प्रीस्क्रिप्शन से जहाँ की गई प्रमाणित सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS-CATARACT-RE				
2.	SURGERY-RE-(SECS + FOL)				
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.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम			सी गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दाता घोषणा कर:

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण रूप से सत्य नहीं माना जाय तो मैं इसे सत्य मान कर भी न कह सकूँ।
- 2) मैं यहाँ पर यथावत प्रति "कीलिका फाउन्डेशन", से सहायता ले रहा हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से न तो अन्यत्र से न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach the work)

- 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/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 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 प्रश्न का जवाब इच्छाश्रम या अंग्रेजी की उम्र समझकर, मैं (अर्हक) अपने छापील की छवि बनाऊँ हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्याता, उम्र, सम्बन्धन द्वारा उद्देश्य से मुझे शोधविधि और उपस्थिति के लिये प्रयोग करने में प्रयोग करने में लिख अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विषय मेरे इच्छाश्रम के पत्रों या कार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्याता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि छात्रों के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता। छात्रों का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प्लू न्याताओं का निर्णय अंतिम और सम्बन्धी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपका भी सम्मान था और मैं भी निराल



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल का बख़्त)

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे जीवन में हमारे जीवन को "बोर्डिंग हाउस" में परिवर्तित करने के लिए हमें अपने जीवन को अपने जीवन में बदलना होगा।

- 1) यह कि न तो कोयल और न ही अधिक नै विविध सहायक किमी नै साकारी कोयल या किमी अन्य कोयल से उक्त ऐंटीपमली में ली या ले जां है, जैसे कि इपने "कोयल पायमेंटल" से सिपमलिसिपिटी उक्त को सत्य नै "कोयल पायमेंटल" द्यत मरर हेतु कि है। यी "कोयल पायमेंटल" द्यत सहाय विरति अधिकात्मक हेतु मनुष्य यी किम ज्ञा है तं अममल किमी अन्य नै साकारी कोयल या किमी अन्य सहायक से सहाय लेने का अधिका प्रुक्ति सक्त है। इस प्रुक्ति में स्पष्ट कहा जात है कि अममल द्वितीय मरर उक्त ऐंटीपमली हेतु किमी नै साकारी कोयल या किमी अन्य सहाय से यी संपादनी।
2. "कोयल पायमेंटल" से ही यं सहाय केवल विविध प्रुक्ति यी है। ऐंटी या इममल द्यत ऐ यं सहाय या किने सने उपलब्ध/प्रुक्ति का प्रुक्त ऐंटी सवं इममल से कोय का निष्प है और "कोयल पायमेंटल" द्यत किमी उक्त का कोई सक्त यी है। इसलिने इममल में ऐंटी से इत्यत्र मुक्त और मने मने यी यी सिपेदी ऐंटी सवं इममल को होरी और "कोयल" को कोई प्रुक्ति या सिपेदी इम सत्यो में यी होरी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सर्वोक्तती ओ तित्प ओमनुति

Date of Surgery अंशुन को छोट 05-01-2019	Dr. Hari Shanker Nag MBBS, MS, (SPH)H (Name of Dr. & Regd. No. after Stamp) डाक्टर का नाम व इन्होंने केंद्र	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) मन्त्र व प्र. इत्यादि अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इनामदा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इनामदा 2
	