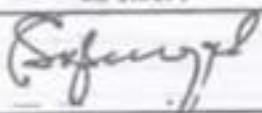


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :				APPLICATION DATE : आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : अवेदक का नाम				AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX लिंग	
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम				58		F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता							
PART NO 141, ANANDPUR, DASHMATH, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता							
— AS ABOVE —							
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. : पैन संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 अवेदक के साथ सम्बन्ध			
1.	NIRABALA SARDAR	58	F	SELF			
2.	MUCHIRAM SARDAR	58	M	HUSBAND			
3.	DEEPA SARDAR	25	M	SON			
4.	PANCHAM SARDAR	01	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE						
2.	SURGERY RE (SICS + IOL)						
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 सी गई सहायता राशि			



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे पंजीयन निरस्त कर दिया जा सकता है। 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण में पद पद है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही सहायता लूंगा और न ही भविष्य में लूंगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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 प्रमाण पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित, प्रसारित करने से मुझे व्यक्तिगत और वित्तीय रूप से मेरे विवरण का उपयोग करने से मुझे अधिकृत है। मैं इसका उपयोग करके मेरे नाम या पता के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं लूंगा। 2) मैं (अर्शक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उपयोग के अधिकार है मुझे पता: सहायता का उपयोग नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त सहायता का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे-हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) अन्य सहायता से या न ही सहायता लेंगे। 1) यह कि न ही हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेंगे या लेंगे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त से सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा करार हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/सहायता हेतु सहायता की बिना जाय है तो हमारे बिना अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेंगे या अधिकृत/सहायता संगठन है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता वित्तीय सहायता उक्त सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेंगे/लेंगे। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय सहायता की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना गले उपचार/उपचार का सुचारु रूप से हस्पताल से सहायता का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुचारु और गले गले की सही सिफारिशों के रूप में हस्पताल की रोगी और "कोशिका" की कोई भी सहायता या सिफारिश इस सहायता से नहीं लेंगे।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए सिफारिश	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05-01-2017	Dr. H. Shanker MBBS, MS, (OPHTH) Reg. No. 65686 (Name of Dr. & Registration Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप
Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे व हमारे हस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसे हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसे हस्ताक्षर 2 