

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : K/1119/1962		APPLICATION DATE : 4/11/2019			
NAME of APPLICANT : CHAFURA BIBI		AGE-YEARS : 80	SEX : F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : EKADULLA MONDAL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : GOTRA, NORTH 24 PARGANAS 743422, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : HOMEMAKER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2 LXX12 = 25200/-				(Attach Proof of Income)	
PAN No. : [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):					
☒ YES ☐ NO हा / 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.	CHAFURA BIBI	80	F	SELF	
2.	KAZI SERADUL	53	M	SON	
3.	ATARUL KAZI	50	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) वितरण कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्वास्थ्य/वैद्यकीय से चार्ट की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RECSICS + 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 एक लाख सहायता यारी			

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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मेरी द्वारा जो सहायता दी जा "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद प्राप्त है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष को नहीं है, इस उद्देश्य का अधिक या कमतर दिखाने किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि को प्रुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरा विवरण इस प्रकार में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता मेरी इच्छा के अनुसार या मेरे करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सम्पत्ति को प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा जो सहायता मेरी इच्छा के अनुसार या मेरे करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सम्पत्ति को प्रसारित करने के लिये अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उसके द्वारा सहायता का इस्तेमाल नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से भाले/छाप को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी के उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अतिरिक्त/अन्य हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी के सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रुष्ट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्राप्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेने।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या निम्न गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क लेने एवं इसका भुगतान का भुगतान का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में लेने के इच्छा रखने और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" की कोई प्रुष्ट या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/11/2019	Dr. Nallakanni Karan MBBS, DNB Reg. No. 83729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 म्हारी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 म्हारी हस्ताक्षर 2
--	--