

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : U/1119/1975		APPLICATION DATE : 5/11/2019			
NAME of APPLICANT : GANGA ADHIKARI		AGE-YEARS जन्म-वर्ष	SEX लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SUNIL ADHIKARI		62	F		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
KANKANDIGAL, SOUTH 24 PARGANAS					
743383, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता					
— AS ABOVE —					
OCCUPATION : HOMEMAKER			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1500 X 12 = 18000/-			(Attach Proof of Income) (आप का दाय्यम संलग्न)		
PAN No. प्राप्त ☒ खाली ☐					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)					
Yes / No हाँ / 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 के साथ सम्बन्ध	
1.	GANGA ADHIKARI	62	F	SELF	
2.	SANAKA ADHIKARI	36	F	DAUGHTER	
3.	MANUKA ADHIKARI	30	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे डायन पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने मने विधियों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — LE (SICCT IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे 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 सहस्र रुपया	



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 कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल मेरी प्रार्थना में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मंद किया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस उद्देश्य का अधिकतम या इतना पैसा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान करके, मैं (आवेदक) आवेदक सचिव को सूचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंचनी, प्रसारण, प्रकाशन या अन्य उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण भी इसका हिस्सा है जो कि मेरे द्वारा दिये गये उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद मांगी जा रही है।

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बख्ता। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" अपने ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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, हमारे द्वारा जारी की जाने वाली हस्ताक्षर/अंगूठे के "कोशिका फाउन्डेशन" के निर्णय सहायता हेतु निर्णय को स्वीकार करती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के उपचार के लिए मांगेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम स्वतंत्र रूप से अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि से स्पष्ट किया जाता है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी का उपचार और उसका सुरक्षा और स्वास्थ्य को हमारे पास ही रहेगा। "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए रोगी का नाम और पता हमारे पास ही रहेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/24/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी २	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2
--	--