

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : 2/11/19/1988 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 5/12/2019 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : ANJALI DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 65	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BUDHADEB DAS पिता/कन्या का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता KATTIYARABAG, BASIRHAT, NORTH 24 PARGA NAR 743291, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता AS ABOVE			
OCCUPATION : HOMEMAKER व्यवसाय		MAJURED (निपटित) / UNMAJURED (अनिपटित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1600 X 12 = 19200/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)	
PAN No. सत्याई खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्त्र हो उस पर सही का निशान लगायें) 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
1	ANJALI DAS	65	F
2	GOPINATH DAS	35	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध		SELF SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नी विधि अपनाएं			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रत संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रत संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रत संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने निम्नी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से बाएँ की गई प्रतिलिपि संलग्न		
1	DIAGNOSIS = CATARACT = LE		
2	SURGERY = LENSICS + IOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिये गया हो?			
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 पर:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में प्रस्तुत नहीं किया गया होता तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस बात का आशय है कि अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से मैं उस राशि के लिए नहीं आश्रित हो रहा हूँ।

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/post-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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, सूचनाएं इत्यादि उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो सके बिना मेरे बिना अधिकृत है। मैं प्रकरण का निवारण भी इसका अर्थ है कि मैंने यह करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे पता: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त भरोसे 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, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउंडेशन" के विधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि मैंने अभी और भविष्य में किसी भी प्रकार से सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं किया है, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं किया है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ। मेरी यह हस्ताक्षर द्वारा ही मैं सहायता प्राप्त करने के लिए सहायता प्राप्त करने का निर्णय ले रहा हूँ। इससे स्पष्ट होता है कि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं किया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/11/2019	Dr. Arghya Das MBBS, MD Reg. No. - 89372 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) आयुर्वेद का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. Bagchi Director (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 आवर्ती हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवर्ती हस्ताक्षर 2
---	---