

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1119/1995 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 6/11/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: NAKHURA BIBI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 46	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SAHEB MONDAL पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता CHANDIGARI VITARPURA, RAJENDRAPUR, BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS 743423, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: HOUSEWIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20400/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. स्पष्टीकरण संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	NAKHURA BIBI	46	F	SELF
2.	MORAHMAD SAIF ALI	49	M	HUSBAND
3.	NIJUL MONDAL	19	M	SON
4.	MANIRUL MONDAL	21	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवक्षित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या विवक्षित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित प्रतियाँ संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (SLCS + 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 ही गई सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इग कएत)

- 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) मै घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मै इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मै पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस मदद का अधिक या कमतर निस्त किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से या जो दिया है और न ही भविष्य में हूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इग कएत)

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 अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अग्रे की जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसकी न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी जानकारी के अनुसार मेरे हस्ताक्षर या अंगुली के छाप के बिना "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासीयों अधिकृत हैं।

2) मैं (अर्शेक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे कदा: सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इग कएत)**

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.

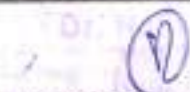
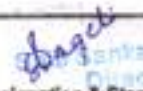
हमने अधिस्त, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से आम तौर पर स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में किसी भी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद नहीं मांगेंगे, जो हमें सहायता के लिए माग रहा है, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित मदद के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/प्रस्तावित हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि अस्पताल पूर्णतः मदद देने/प्राप्त करने हेतु किसी भी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से नहीं सहायता मांगेगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता के लिए सिफारिश की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे अस्पताल द्वारा जो भी प्रस्ताव या सिफारिशें सहायता के लिए माग रही हैं, वे हमारे अस्पताल और हमारे अंगुली के छाप के बिना "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश/प्रस्तावित मदद के लिए नहीं माग रही हैं। इसलिए हमारे अस्पताल में कोई भी सहायता माग और उसे नहीं मिलेगी यदि हमारे अस्पताल की ओर से "कोशिका" को कोई भी सहायता माग नहीं की जाती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संज्ञा

Date of Surgery सर्जरी की तारीख 6/11/2019	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम या पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
