

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : K/1119/1999

APPLICATION DATE : 6/12/2019

NAME of APPLICANT : SAMAR DALVI

AGE-YEARS 59 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PARINDRA DALVI

पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

BENGA, BATANAL, ARAMBAGH, HOOGHLY,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : LABOURER

MAJURED (विधवा) / UNMAJURED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 X 12 = 24000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्वयं छात्र संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न का निशान 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.	SAMAR DALVI	59	M	SELF
2.	CHANDANA DALVI	57	F	WIFE
3.	LALU DALVI	28	M	SON
4.	RAJU DALVI	23	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एय्स एय्स सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अपवादा/प्रीस्क्रिप्शंस से जुड़ी कोई भी गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SIC'S + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी



DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक 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 सत्य कथन अथवा सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त भी हो सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में और न भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक 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 मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (अर्हक) अर्हक घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" फंड्स, नामों, पता, सम्पत्ति के उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के विषय में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरी हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है। मेरी सहायता का प्रसारण मेरी सहायता के उद्देश्यों के लिए प्रसारित है। इस प्रारूप में "कोशिका" फंड्स, नामों, पता, सम्पत्ति के विषय में जानकारी और सहायता के उद्देश्य।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हक 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.
- हमारे अधीन, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हम (हस्पताल) को सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम (हस्पताल) को सहायता के लिए अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हम (हस्पताल) द्वारा रोगी के उपचार के लिए चयन किया गया उपचार, जो कि रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश किया गया है, इस मामले में रोगी के हितों के लिए है और "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 6/11/2019	Dr. [Signature] (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	[Signature] (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 [Signature]
---	---