

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : K/11119/2195 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 10/11/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : HAMEDA BIBI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 58	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MOKCHED MONDAL पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता BANG PUKUR, PALPARA, NORTH 24 PHAGANAS 74.3422, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION : HOUSEWIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2100 x 12 = 25200/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आप का सहाय्य प्रमाण)		
PAN No. क्या है खाली छोड़ें				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्यम हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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.	HAMEDA BIBI	58	F	SELF
2.	GOPAL MONDAL	63	M	HUSBAND
3.	MUZAFFAR MONDAL	33	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवक्षित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विषय का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/दवाइयों से जारी की गई प्रमाणपत्र प्रतिलिपि संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2.	SURGERY - LE (STIC + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILABLE 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 AVAILABLE ली गई सहायता राशि		

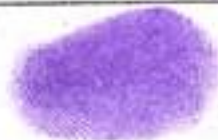
DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 यहाँ पर कतार दूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य है तो मेरी साहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी प्रार्थना के साहाय्य पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, यहाँक उपदेश वाली प्रेरणा की पूर्ति के लिये किंचित साहाय्य, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि बिना उदाहरण हेतु यह प्रश्न की जाँच है, उस तथ्य का अधिकार या साक्ष्य किस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीज।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to form)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रश्न का जवाब इच्छाश्रम या अंधेरी को ज्ञान सङ्ग्रहालय, मैं (अर्जितकर्ता) अपने सहयोगी को प्रुति करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दान, वाचनालय द्वारा प्रदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्भव हो प्रयास करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छाश्रम के पते या घर से करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्जितकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता से उपलब्ध हो प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छाश्रम नहीं बलदा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सम्भवतः होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदन के प्रार्थक या अर्पण के स्थान



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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

1) यह कि न तो कॉमिन्स और न ही एनियम में विधिप्राप्त शाखाएँ किसी गैर शाखाई संस्था या किसी अन्य संस्था से उच्च श्रेणीवाले में हों या से होई हैं, जैसे कि इनमें "कॉमिन्स फ़ंड-ट्रेस्ट" से निष्पत्तिविधि उच्च के समान में "कॉमिन्स फ़ंड-ट्रेस्ट" द्वारा चलाए जाते हैं। यदि "कॉमिन्स फ़ंड-ट्रेस्ट" द्वारा शाखाएँ विधिप्राप्त शाखाएँ हैं तो समानता किसी अन्य गैर शाखाई संस्था या किसी अन्य संस्था से स्थापित होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्तर्गत विधियों में उच्च श्रेणीवाले हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

कभीकभी के लिए संसृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26/12/2019	Dr. Nellokanni Karan MBBS, DGO, DMR RAC No. 25729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Dr. Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इसका अनुमोदित अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2
