

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: 15/1219/2280 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 2/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: RAKHAL CHANDRA DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 55	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PRIYOLAL DAS पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता NILGANG BAZAR, BIJOYPUR, HINDANGA, NORTH 24 PARGANAS 700121, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सदाई आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: SECURITY GUARD व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2200 x 12 = 26400/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
PAN No. संपादित छात्र संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उधर पर सही का निशान लगावे) 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	RAKHAL CHANDRA DAS	55	M	SELF
2	GANDANA DAS	48	F	WIFE
3	KARU DAS	25	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनोद 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) व्ययोजक कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मर्गे विनोद का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन धुवी संलग्न			
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2	SURGERY — RE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता धुवी	



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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य प्रमाण है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्णतः उपयोग के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगाया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो शेष है और न ही भविष्य में होगा।

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/print-upreproduce 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता को प्रोत्साहित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, उन्हें स्वतः सहायता का इलाज नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित या प्रकाशित होने वाले किसी भी निर्णय और कार्रवाई को स्वीकार किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भविष्य/भविष्य के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मांगेंगे, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त नहीं की जाती है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम स्वतंत्र रूप से अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त पर हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति को सहायता के लिए कोशिका फाउंडेशन का चुनाव करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इससे कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने का निर्णय कोशिका फाउंडेशन और कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रकाशित या प्रकाशित होने वाले किसी भी निर्णय और कार्रवाई को स्वीकार किया जाएगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/12/2019	Dr. R. G. Singh MBBS, D.O., D. Sc. Reg. No. 12345 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 <i>[Signature]</i>
--	--