

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life.		
APPLICATION No.: K/1219/2283 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 2/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SOVA RANI MONDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS मातृ-वर्ष 70	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RABINDRANATH MONDAL पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता SAHAPUR, BERHAMPUR, MIDNAPUR, NORTH 24 PARGANAS 790121, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 x 12 = 20400/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
PAN No. क्या है? खाली संलग्न				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे):				
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.	SOVA RANI MONDAL	70	F	SELF
2.	SAMRAT MONDAL	30	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे आने पर (आय पर की जाय प्रती संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर आने पर (आय पर की जाय प्रती संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रती संलग्न 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 अस्पताल/डॉक्टर से प्राप्ति की गई प्रतिवेदन सूची 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 लिये गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एवं प्राप्त 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से व जो राशि है और न ही अधिकारी से।

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसके "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, कचन/प्रकाश एवं इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी फैलाने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निवारण मेरी इच्छा के बिना या मेरे करने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग किए जा सकते हैं: सहायता का इकाया नहीं बदला। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उनके ट्रस्टियों 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 और से अनुमोदित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विनियमित की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती/प्राप्त होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विनियमित/विनियमित करने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त होती/प्राप्त होती है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मात्र तथा ऐसी/प्राप्त होती/प्राप्त होती है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता के माध्यम से प्रदान की जाती है, ऐसी राशि हस्ताक्षर द्वारा ही प्राप्त की जा सकती है और इसका उपयोग केवल चिकित्सा प्रक्रिया के लिये ही किया जा सकता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में ऐसी राशि प्राप्त और अपने अपने को जारी जिम्मेदारी होती एवं हस्ताक्षर की होती और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमोदित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/12/2019	Dr. K. Singh MBBS, D.O., FRCS Reg. No. 12345 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2