

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: 11/1219/2288 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 2/12/2019 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: SANDHA MANDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 60	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: VISHWANATH MANDAL पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता SAHAPUR, BERHAMPUR, AMBANGA, NORTH 24 PARAGANAS 74125, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —			
OCCUPATION: HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1200 x 12 = 14400 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)	
PAN No. सत्यापित संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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
1.	SANDHA MANDAL	60	F
2.	SHREYAN MANDAL	28	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध SELF SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने निम्न का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LENSICS + 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 ली गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: (अवेरक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन माना जाय तब भी उसे सही माना जाय कि नहीं माना जाय।
 2) मैं दृढ़ता से मानता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं या मेरा कोई भी रिश्तेदार, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या अलग किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या उसे लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रकरण पर अवेरक द्वारा दिये जा रहे हैं सभी विवरण, मैं (अवेरक) अवेरक समिति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, उन्हीं उद्देश्यों के लिए, जो इस प्रकरण में मांगे गए हैं, और/या कोशिका फाउंडेशन और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/उत्पत्तियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं।
 2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी के द्वारा प्रयोग किया जा सकता है। कोशिका फाउंडेशन का उपयोग मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना नहीं किया जा सकता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेरक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 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 & except 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे/हमारे को न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से उठा लेनी/पाने से लगे या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अस्वीकार/नकार हेतु मान्यता नहीं दिया जाता है तो हमारे/हमारे को किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्वीकार/नकार हेतु सिफारिश की जाती है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली जा रही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी या हस्पताल द्वारा दी जा रही सहायता या किसी गैर उपचार/उपचार का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रदान का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्पताल में लेने के इरादा सुरक्षा और अपने अपने को सही विनियमों लेने एवं हस्पताल की रीति और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/12/2019	Dr. Ghosh MBBS, DNB, FRCS Reg. No. - 50071 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पीटल का नाम या हस्ताक्षर या छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पीटल पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

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