

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation	
APPLICATION No.: K/1219/2663 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 21/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: PIYARI BIBI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 45	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD USUF पिता/कटुम्ब का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>संलग्न कार्यक्रम पर</u> NARDEL DANGA, KOLKATA 700011, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>संलग्न कार्यक्रम पर</u> AS ABOVE				
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 X 12 = 21600/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
PAN No. <u>संलग्न</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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.	PIYARI BIBI	45	F	SELF
2.	MD SONA	46	M	SON
3.	MD USUF	48	M	HUSBAND
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये विनियम का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिहास सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (STIES + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता प्राप्त करने का विवरण क्या है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा भर्नापन करना)

- 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 यह कह रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन सत्य प्रमाण है तो मेरी सहायता निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही वह सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रमाण नहीं दिया है, इस पत्र का अंतिम या सफल दिनांक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सत्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके पदाधिकारी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये उपयोग में लाने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्रों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से प्रकाशित किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं, उन्हें सहायता का इकट्ठा करने के लिये "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये उपयोग में लाने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्रों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से प्रकाशित किया जा सकता है।

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.
- हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप के द्वारा हम यहाँ पर यह कह रहे हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता के लिये अन्य स्रोतों से नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है, जिससे हम "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिये अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ हम यह कह रहे हैं कि हमारा दृष्टिकोण यह है कि सहायता के लिये हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश की है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता के लिये सिफारिश कर रहा हूँ। मेरी यह सहायता प्रदान की गई सहायता का विवरण मेरी सहायता के लिये अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ हम यह कह रहे हैं कि हमारा दृष्टिकोण यह है कि सहायता के लिये हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश की है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/12/2019	Dr. Nalinaksh Karan MSB, DLO, DNB Reg. No. 83728 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर 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 (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 पदाधिकारी 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 पदाधिकारी 2
---	---