

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1215/2666 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 21/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: ANANDA DOLUI आवेदक का नाम		AGE-YEARS 77 वय-वर्ष	SEX M लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MADHAV DOLUI पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: नवगढ़ अग्रहार पथ NAWGAHLY, BIDHANNAHAR, NORTH 24 PARGANAS 700098, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वही अग्रहार पथ				
— AS ABOVE —				
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2000 x 12 = 24000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
PAN No. क्या है/ नहीं है				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	ANANDA DOLUI	77	M	SELF
2.	APU DOLUI	41	M	SON
3.	RAJSHI DOLUI	38	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियम आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्यता 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 आयुर्वेद/वैद्य से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (SILENT IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता प्राप्त होना संभव है या नहीं				
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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप 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 इस बात को सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जान रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस रोग का अंतिम या अंशतः निवारण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या जो सहायता है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) आवेदक छापने की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा मांगी, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रारूप का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न मांगी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं मुझे स्वतः सहायता का इशारा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के लिये निर्धारित और सहायता दी जायेगी।

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हस्ताक्षर/छापने के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

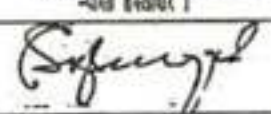
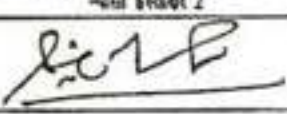
- 1) यह कि हम या तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य सोर्स से उम्मीद करते हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्नलिखित/उम्मीद करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरना हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अंतिम/अंशतः हेतु मरना नहीं किया जाता है तो हम सहायता किसी अन्य सोर्स से सहायता हेतु किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हम सहायता विवरण मरना उम्मीद करते हैं कि सहायता विवरण मरना उम्मीद करते हैं कि सहायता विवरण मरना उम्मीद करते हैं।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही मैं सहायता का विवरण मेरी सहायता प्रकृति का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हम सहायता में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और मान्यता प्रदान की जाती है और "कोशिका" की कोई भी पुष्टि या निम्नलिखित इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/12/2019	Dr. Nalinakshi Karan MBBS, MD, DNB Reg. No. - 53729 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Signature (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) हस्ताक्षर (नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी)
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	--