

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.		
APPLICATION No. : 15/12/19/9694 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 23/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : MENAKA KOLEY आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 84	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JIBAN ADAK पिता/कटुम्ब का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता NALIKUL, HUGGALLY 714667, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता AS ABOVE				
OCCUPATION : HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1600 x 12 = 19200/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का दस्तावेज संलग्न)		
PAN No. : [Blank] समाप्त होता संलग्न				
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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	MENAKA KOLEY	84	F	SELF
2.	SONA KOLEY	44	F	SON
3.	HANIK KOLEY	31	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSTICS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (STICSTIC)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी 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 यहाँ 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त की है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस उद्देश्य का अधिक या कमतरता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो मिलेगा 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/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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि और चित्र सहित "कोशिका फाउन्डेशन और उसके निर्यातकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उपयोग करने के लिये उपयोग कर सकते हैं, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित सभी माध्यमों के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिये और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिये उपयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस प्रकार से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं, उन्हें सहायता का प्रदाता को इस्तेमाल करने के लिये उपयोग कर सकते हैं।

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.

- हस्ताक्षर करके, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं मांग रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये मांग रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त न हो सके। यदि सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिये अन्य स्रोतों से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये किसी भी अन्य स्रोत से सहायता मांगने की आवश्यकता नहीं पड़ेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और/या प्रक्रिया का चुनाव केवल रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इससे "कोशिका फाउन्डेशन" का कोई संबंध नहीं है। इसलिए हस्पताल को रोगी के उपचार के लिये पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/12/2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DKB, FRCGS Reg. No. - 5097 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल 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