

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.
APPLICATION No.: K/1210/2695 आवेदन संख्या :			APPLICATION DATE : 23/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME OF APPLICANT : ANGURBALA MANDAL आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष 76	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NAKUL MANDAL पिता/हस्ताक्षर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पत्ता MASHERTARA SANDESH KHATA, NORTH 2P BARGANAS TMSHAR, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पत्ता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : HOME MAKER व्यवसाय			MARIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) [] [x]		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1600 X 12 = 19200/- कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / नहीं क्या आप आय कर दाख है (जो मान्य हो उस पर गंभीरता से निश्चय लेना।)					
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	ANGURBALA MANDAL	76	F	SELF	
2	SANJESH RUMMA MANDAL	45	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता को सिद्ध करने की आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड की प्रमाणित प्रतिलिपी (प्रमाण रखने वाले व्यक्ति को सौंपा जाता है)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन जन कल्याण योजना प्रमाणित प्रतिलिपी (प्रमाण रखने वाले व्यक्ति को सौंपा जाता है)		Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड प्रमाणित प्रतिलिपी (प्रमाण रखने वाले व्यक्ति को सौंपा जाता है)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
“PURPOSE” for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मदद मिलनी चाहिए:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached ऑप्शियल रिपोर्ट्स/प्रीक्रिप्शंस जो मांगी गई हैं				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RECTIFICATION				
ASSISTANCE BEING AVAILD for SAME “PURPOSE” from OTHER SOURCES इसी उद्देश्य के लिए क्या और जहाँ से भी मदद प्राप्त हुई है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोतों का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILD एवं किस प्रकार की मदद मिल रही है?			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा:

- 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 मेरे ज्ञानकारी 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 सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस प्रति का अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोडिगरेन्स/बीमा कम्पनी से न ले लिया 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अवश्य स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" द्वारा यादगार, पत्र, साप्ताहिक दूरदर्शन से जुड़ी प्रसारणियों और वेबसाइटों के लिये किसी भी प्रकार सम्पूर्ण से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से जागरूक हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग करने के लिये स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायियों 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.

हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप के अंतर्गत हमारे द्वारा सिफारिश की जा रही है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग रहे हैं कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अस्वीकार/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता किसे पदे हस्ताक्षर/अंगूठे का प्रमाण देती एवं हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सही विधेयता देती एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" की कोई भी प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/12/2019	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (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 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
--	--