

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1219/2702 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 24/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: HAZARA KHATOON आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 54	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD AHMAD पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान आवासीय पता T-11, TAPETA 2ND LANE, SOUTH 74 PARAGANAS, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: COOK व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20400 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का दस्तावेज संलग्न करें)		
PAN No. स्थान खाली छोड़ें				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल करते हैं? (जो सत्य हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)				
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.	HAZARA KHATOON	54	F	SELF
2.	MD AKIL	28	M	SON
3.	MD SHAKIL	30	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्नलिखित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रमाण पत्र पर (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 सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने निम्नलिखित का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाना से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (LICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास एवं कथन असत्य प्रमाण प्राप्त है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, जिसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रारूप नहीं भेज रहा हूँ, इस उद्देश्य का अधिक या कमतर दिनांक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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/post-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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रसारित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित करें, या अन्य माध्यमों द्वारा प्रसारित करें, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउंडेशन और/या प्रसारित करने के लिये जानकारी को प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। इस प्रकार का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है। मुझे स्पष्ट है: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अवेदक 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 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 को और से उपलब्ध/प्राप्त को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्षर उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से नहीं सहायता प्रदान करेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल से रोगी के इलाज सुझाव और करने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/12/2019	DR. P. S. ... MBBS, D.O., ... Reg. No. ... (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्तर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shubankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2