

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of Life		
APPLICATION No.: 15/1219/2740 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 25/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SHOBHAJAN BIBI MALI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 59	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MABJI पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान निवास पता GHAT KANDA BRINDAKHALL, BARUIPUR, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता AS ABOVE				
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1400 x 12 = 16,800/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्याई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू हो उस पर गंभीरता से चिह्नित करें) 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.	SHOBHAJAN BIBI MALI	59	F	SELF
2.	MABJI	65	M	HUSBAND
3.	MOMENA BIBI	82	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (STEC + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता अन्य स्रोतों से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा एवं:

- 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 सत्य अथवा असत्य साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा न्यासीयों, दान, वाचनादि के माध्यम से मुझे सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए उपयोग करें। इस प्रकार का प्रचारित मेरी सहायता के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासीयों द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हस्ताक्षर नहीं बदला। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के लिए प्रचारित और सहायता की जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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 यहाँ घोषणा की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता या स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता नहीं मिलती, तो हमें सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार का प्रचारित मेरी सहायता के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासीयों द्वारा किया जा सकता है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है। इस प्रकार का प्रचारित मेरी सहायता के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासीयों द्वारा किया जा सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/12/2019	Dr. Hari Shankar Nag MBBS, MS, (Ortho) Reg. No. 65653 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Shib Sengupta Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2