

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of Life.		
APPLICATION No. : K/1219/2745 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 25/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : NACHHIM LASKAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 79	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HARAS LASKAR पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बांजन कजरीपूर पथ MERIGUNJ KACHHAPARA, SOUTH 24 PARAGANAS 743329, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पथ — AS ABOVE —				
OCCUPATION : UNEMPLOYED व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1400 x 12 = 16,800/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)		
PAN No. सवाई खाता संख्या				
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	NACHHIM LASKAR	79	M	SELF
2	ALT HOSEN LASKAR	48	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवक्षित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मंजूर विवक्षित का उद्देश्य				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (STRET + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता हेतु 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: आवेदक 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 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 फाउंडेशन", से रही या रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पद पत्र है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अधिक या कम किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने अधिकारों को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसेमंद" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिये उपयोग करें, जिससे वे मेरी सहायता के लिये लोगों को प्रेरित कर सकें।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित करने से मेरी सहायता का अधिकार नहीं बढ़ता। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी अंतिम और स्वीकार्य होगी।

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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सार्वजनिक रूप से "कोशिका फाउंडेशन" को लिखित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम सहायता का अंतर किसी अन्य स्रोत से पूरा कर सकते हैं। इस पुष्टि के बिना हम यह स्वीकार नहीं कर सकते हैं कि सहायता के बिना हम सहायता प्राप्त करने के लिये अनुरोध कर रहे हैं।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" की सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चयन और प्रक्रिया के चयन को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रभावित नहीं किया जायेगा। इसलिए हस्पताल में उपचार के चयन और प्रक्रिया को सही निर्णय लेने पर हस्पताल की ओर और "कोशिका फाउंडेशन" की ओर पूर्णतः ज़िम्मेदारी हमारे पास रहेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/12/2019	Dr. [Signature] [Stamp] (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पंजी. नं.	Shib Sankar Bagchi [Signature] (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जिस पर हम हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेमंद 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेमंद 2	
[Signature]	[Signature]	