

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1219/2757 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 25/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: ABHAYA GHOSH आवेदक का नाम		AGE-YEARS अनु-वर्ष 75	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MANIK GHOSH पिता/कटुम्ब का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता GHOSH PARA, DILALPUR, BAGILA, MEDHAT; GURDWAR 713146, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: HOME MAKER उद्योग		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 15000 x 12 = 180000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का दस्तावेज संलग्न करें)		
PAN No. स्वयं 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.	ABHAYA GHOSH	75	F	SELF
2.	SARTU GHOSH	51	M	SON
3.	ARTUN GHOSH	48	M	SON
4.	DIPALI GHOSH	45	F	DAUGHTER
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबिंदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — (LE (SICS + IOL))			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किती अन्य स्रोतों से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED एक लाख सहित 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रद्द की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही वह राशि है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का अधिक या कमत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/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 fulfilment 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) अपनी छवि को प्रेषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मंचाने, घर, सम्बन्धित दूरदर्शन से जुड़ी विडियो/चित्र और समाचारिका के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पत्रों या कार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का इन्कवार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को 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, हस्ताक्षर को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से निम्न सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निम्न सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना अतिरिक्त/सहायता हेतु मांग नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रेषित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मांग उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य सहायता से नहीं मांगे जायेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा मेरी मांग सहायता के लिये मेरे उपचार/उपचार का चुनाव मेरी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुझाव और माने जाने की सभी जिम्मेदारी मेरी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भुवि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/12/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(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 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	