

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : K/1215/2754 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 27/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : ASATA BALA NASKAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 72	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KARANADHAR MONDAL पिता/कन्या का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता SHIKHARPUR, NORTH 24 PARGANAS 700135, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION : HOUSE WIFE व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का दस्तावेज संलग्न करें)		
PAN No. स्वास्थ्य सहायता				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (जहाँ मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) Yes / No हाँ / 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	ASATA BALA NASKAR	72	F	SELF
2	SASHI NASKAR	75	M	HUSBAND
3	KHITIK NASKAR	41	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवर्ति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 विषयों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/दवाइयों से जारी की गई प्रतिवेदन भूरी संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (STICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोतों से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE ही गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: જાહેરનાકા દ્વારા એવનક રા:

- 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 पर कबल ई कि इस प्रारूप मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विशाल एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी दृढ़ मे सहायता एतिस "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पद गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल ई कि निरा सहायता हेतु यह प्रारूप की पूर्ति ई, इस एतिस का कोशिका या कबल इतर किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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 प्रश्न का उत्तर इस प्रकार या अंशों की रूप संरक्षक, मैं (अर्हक) अपने छापों की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त हैं, उसे "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, दूरदर्शन से जुड़े कार्यक्रमों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार संपन्न हो प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्तक्षेप के पक्षों या रूप में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है जुड़े सहायता का इच्छाशील और सहायक। इस संबंध में "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, दूरदर्शन से जुड़े सहायता का इच्छाशील और सहायक। इस संबंध में

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षा की इजाजत या अंगुठी का निगल



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से मेल)

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.

हमारे अविभक्त, इच्छाहीन और सो मरने/ऐने को "बोहिला चक्रवर्तन" से विविध साधना हेतु विभक्ति को माली है, जिसे हम (हमसादा) दिन प्रकाश से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो सर्वजन और न ही सर्वत्र में विविध सहायक किसी एक साकारी संगठन या किसी अन्य स्तरों से उभर ऐसी/समस्त में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कीर्तिका फाउन्डेशन" से निजिजीविकी उभर के सम्भव में "कीर्तिका फाउन्डेशन" द्वारा भर रहे हैं। यदि "कीर्तिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/समस्त हेतु यद्युत नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य एक साकारी संगठन या किसी अन्य समस्त/न से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उभर ऐसी/समस्त हेतु किसी एक साकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेया/लेवे।
2. "कीर्तिका फाउन्डेशन" से ही सर्व सहायता संगत विविध प्रवृत्ति को है। ऐसी या इन्वोल्ट द्वारा ही सर्व सहाय या बिने गवे उपचार/प्रक्रिया का प्रथम ऐसी एवं इन्वोल्ट के बीच का विषय है और "कीर्तिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दण्ड नहीं है। इसीप्रति इन्वोल्ट में ऐसी के इन्वोल्ट सुझा और अन्य जाने को सारी बिम्बेपरी ऐसी एवं इन्वोल्ट को होवे और "कीर्तिका" को कोई अधिक या बिम्बेपरी इस सपले में नहीं होवे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संसद

Date of Surgery अंशदान की तारीख 27/12/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व छिद्र नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमलात अधिष्ठित अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इलाका 2	
		