

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/1219/2799 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 27/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: DINABANDHU DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 61	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DULAL DAS पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान आवासीय पता DIGHIR PAR SARIGERIA, HIGABHAT, SANDESHKHA LE, NORTH 74 PARAGANAS 743329, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: FARMER व्यवसाय	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18000/- कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAM No. स्थायी 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 लगायें):				
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 से संबंध
1.	DINABANDHU DAS	61	M	SELF
2.	SANDHU DAS	57	F	WIFE
3.	DEEPA ROY	38	F	DAUGHTER
4.	PARUL GHADURI	26	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के सिद्धि विचार				
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग छवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को अलग छवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को अलग छवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"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 प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SICSTIOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कितने 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 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 पर घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा सत्यता का दावा है जो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सौंपे जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार या कोई अन्य व्यक्ति किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से निधि है और न ही भविष्य में होगा।

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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, छपाई, प्रसारण/प्रसारण के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी सहायता के लिये या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मागवी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी और सहायता को स्वीकार करने का अधिकार केवल कोशिका फाउंडेशन के भरोदारों के पास है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली 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/अंगुली के अंगुली के निशान के साथ "कोशिका फाउंडेशन" से निधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करने के।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में निधि सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त करने के उद्देश्य से या अन्य स्रोत से प्राप्त करने के उद्देश्य से, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निधि/सहायता के उद्देश्य से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माग की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निधि अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा निधि अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम घोषणा करते हैं कि हमारा निधि निधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है बिना किसी अन्य सहायता के।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से सौंपे जा सकने वाला निधि प्रकृति की है। ऐसी पर हस्ताक्षर द्वारा ही पूर्ण सहायता या निधि मेरे उपचार/उपचार का प्रमुख स्रोत एवं हस्ताक्षर के बीच का निधि है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई स्वीकार नहीं है। इसलिए हमारा निधि के सहायता प्राप्त और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी पूरी एवं हस्ताक्षर की होती है और "कोशिका" को कोई भुवि या निधि/उपचार इस मामले में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 27/12/2019	Dr. Hari Shankar Nag MSBB, M. (OPHTH) FRCO (S) (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shri Shankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 द्वारा हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 द्वारा हस्ताक्षर
	