

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल) Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/219/2800 आवेदन संख्या :			APPLICATION DATE : 27/12/2019 अवेदन तिथि		
NAME OF APPLICANT : SHANTI PAL आवेदक का नाम			AGE-YEARS उम्र-वर्ष 56		SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GIRISH PAL पिता/हस्ताक्षर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता INDIA NARORA, SANDESAKHALI, NORTH 29 PARAGANAS 743442, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : COOK उद्योग				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME कुल वार्षिक आय RS 1700 X 12 = 20400/- PAN No. सवाई खाता संख्या				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 से संबंध	
1.	SHANTI PAL	56	F	SELF	
2.	GANESH PAL	25	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियमित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति जोड़ें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन गण मन सर्वोच्च पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति जोड़ें)		Ration Card (Attach Copy) उत्पादन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति जोड़ें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
“PURPOSE” for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गए अनुरोधों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुश्लेषण/निष्कर्षों से जारी की गई अनुश्लेषण सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SISTEMOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME “PURPOSE” from OTHER SOURCES इसी उद्देश्य के तहत किसी भी अन्य सहायता मिली है या नहीं से लिखा गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एकी हुई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 सच नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वह पैसे हैं, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सच कहा है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से निरस्त है और मैं ही अधिकारी हूँ।

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 solidifying 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 सहयोगी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, या अन्य किसी भी माध्यम से मेरी छवि और विवरणों का उपयोग करके दानों को मजबूत करने और कोशिका फाउन्डेशन के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत हों।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित किया जाएगा या नहीं, इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/उपचार को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि मैं या मेरा परिवार और मैं ही अधिकारी हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त नहीं करेगा या किसी अन्य स्रोत से उठाया जाएगा या किसी अन्य स्रोत से उठाया जाएगा या किसी अन्य स्रोत से उठाया जाएगा। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप से उठाया जाएगा। यह पुष्टि करता है कि हमें कोई भी अन्य सहायता नहीं मिलेगी।

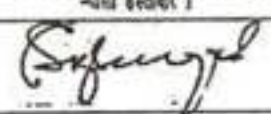
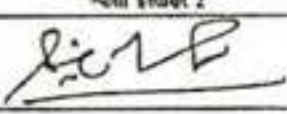
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या मेरे रोगी/रोगी का चिकित्सा उपचार का चुनाव मेरी या मेरे रोगी/रोगी के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें मेरी या मेरे रोगी/रोगी के बीच का विचार और मेरी या मेरे रोगी/रोगी के बीच का विचार ही होगा और "कोशिका" को कोई भी प्रभाव नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 27/12/2019	Dr. Hari Shankar Nag MBBS (M.D. (M.T.H)) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	S. Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	--