

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: 110120/2957 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 11/1/2020 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: MARSINA BEHAM आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 65	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MD USHMAN पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासस्थान पता KHARTAM, AGARTARA, NORTH 24 PARGANAS 700109, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता — AS ABOVE —			
OCCUPATION: HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 15000 x 12 = 228000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. 1234567890			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो सत्य 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
1.	MARSINA BEHAM	65	F
2.	MD USHMAN	37	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
SELF SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता की निम्न विधि आधा			
EPL Card (Attach Card Copy) एपिली कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे कबे निम्न का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतिलिपि संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (STICSTOL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता धरती	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सचन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रकरण की राशि, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या सहायता प्राप्त किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 बायाँ की उंगली छापकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" समूह, पत्र, संचारण एवं इलेक्ट्रॉनिक मीडिया के माध्यम से सूचीबद्ध करने के लिए विनम्र अनुरोध करेंगे और/वाला जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत होंगे। मेरी स्वीकृति का अर्थ यह है कि मैं अपने नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी भुगतान के "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रकाशित करूँगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी भुगतान के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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 this matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहां/उपरोक्त को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव को स्वीकार नहीं करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के संबंध में किसी अन्य सोर्स से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सकेगी, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनम्र अनुरोध करने के कारण मैं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कह रहा हूँ। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना किसी भी अतिरिक्त/अन्य सोर्स से प्राप्त नहीं की जा सकती है तो हमारा दायित्व है कि हम रोगी के संबंध में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के अर्थ यह है कि हमारा दायित्व है कि हम रोगी के संबंध में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर करने की पुष्टि करने के अतिरिक्त हमें यह स्वीकार करना पड़ेगा कि हम रोगी का निवारण करेंगे और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमारा दायित्व है कि हम रोगी के संबंध में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee M.D., DNB Reg. No. 70555 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप	Dr. Anurag Singh Director (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 न्यायी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--