

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/0120/2941 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 1/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: ANIMA MUKHERJEE आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 64	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KANAIJAL MUKHERJEE पिता/हusband का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासीय पता 214 NIZAM'S ROAD, PANIHAT, KHERDAH, NORTH 24 PARGANAS DISTRICT, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 13000 X 12 = 156000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. स्पष्टीकरण संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर शीर्षक हैं (को लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):				
Yes / No हां / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	ANIMA MUKHERJEE	64	F	SELF
2.	KANAIJAL MUKHERJEE	71	M	HUSBAND
3.	MITALI MAJUMDER	37	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न विकल्प				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय का (आय पर की जांच की जा सकती है)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (आय पर की जांच की जा सकती है)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जांच की जा सकती है)
Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने निम्न का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिफल से चर्चा की गई उपचार सुची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SICST-102)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य स्रोतों से मिलने वाले अन्य सहायता से मिल गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इपे केरल 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कल्पन तथा झूठा है तो मेरी सहायता निषेध की जा सकती है।
- 2) मैं इस पर सहायता एवम् "कोशिका फाउंडेशन", से लेने का हक है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस एवम् का अधिक या कमता किसी किसी अन्य प्रोडिक्टिव/नॉन-प्रोडिक्टिव सोर्स से न हो सके है और न ही भविष्य में हो।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इपे केरल):

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ, मैं (अर्शेक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करें, दूर, वाक्यवाचक दूर उद्देश्य के पूर्ण निष्पत्ति और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता को प्रोत्साहित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा का विवरण मेरे द्वारा के पता या कर के बारे में कि "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।

- 2) मैं (अर्शेक) इस पर से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य के प्रयोग में नहीं होगा: सहायता का इस्तेमाल मेरी वरतन इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य निष्पत्ति और सहायता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इपे केरल):

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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से वरतन हेतु सहायता से लेने का हक है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निष्पत्ति प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निष्पत्ति निष्पत्ति/नकार हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तिय पर वरतन हेतु/प्रदान हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।

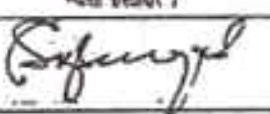
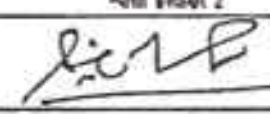
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता किसे लेने सहायता/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में लेने के हस्ताक्षर प्राप्त और लेने जाने को सही विनियमों के ही हस्पताल की ओर और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई प्रतिकार या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery शल्यक्रम की तारीख 11/1/2020	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व पंजी. नं. 	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी 
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

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