

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/01/20/2949 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 1/1/2020 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: MALINA PATRA आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 60	SEX लिंग F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PARESN PATRA पिता/पति का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासस्थान पता CHHOTA SAWKITA, NORTH 24 PARAGANAS 743194, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता — AS ABOVE —			
OCCUPATION: HOUSEWIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 x 12 = 21600/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. क्या है? (आपका पास है/नहीं है)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल करते हैं? (जो सत्य हो उस पर टिक करें या खाली छोड़ दें।)			
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	MALINA PATRA	60	F
2.	PARESN PATRA	64	M
3.	ANIMA PARUI	28	F
4.	CHANDANA DEBIS	35	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध			
SELF			
HUSBAND			
DAUGHTER			
DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधिगत आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)			
Ration Card (Attach Copy) व्यक्तिगत कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)			
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु: निम्ने में से किसी एक का चयन करें:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जोड़ा गया है/प्रतिवेदन प्रस्तुत करें		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (SURGICAL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता (जिसकी प्रमाण पत्रों के साथ संलग्न करें)			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस पर सहायता कितनी

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा है:**

- 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 KushiKa 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 बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं: यदि कोई गिरफ्तार एवं कथन अज्ञान तथा भ्रम है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पर्यक्त है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (some do not)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 प्रश्न पर अपने इच्छाएं पर कोई भी छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छाप/चिह्न को मुद्रित करवा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में जोड़ सकते हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण, प्रसारण करने वाले माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का निराकरण की इच्छा में अपने नाम पर मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन को इच्छा हो उसे प्रकाशित या प्रसारण नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित/प्रसारित/प्रसारण/प्रसारण करने वाले माध्यमों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपने बच्चे को बचाना या बचाने का निश्चय



AGREEMENT by HOSPITAL (TYPE IN DO NOT)

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.

इसके अतिरिक्त, इसकापी की ओर से सम्पत्तियों/पैरों को "कोटिज्ड फाइनेंश" से विधिगत सहायता हेतु गिफ्टग्राहक को जारी है, जिसे इन (इसकापी) गिफ्ट प्रकार से चयन या स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि य दो चयन और य दो चयन में विधिगत सहायता किसी गैर लाभकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त टैरिफायल में होने या हो रहे है, जैसे कि इनमें "कोटिज्ड फाइनेंश" से गिफ्टग्राहक/विधिगत सहायता को चयन में "कोटिज्ड फाइनेंश" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोटिज्ड फाइनेंश" द्वारा सहायता विधिगत सहायता/सहायता हेतु मजबूत नहीं किया जाय है तो सहायता किसी अन्य गैर लाभकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता होने का अधिकांश सुनिश्चित रहता है। इस धृष्टि से स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता विधिगत भरण उक्त टैरिफायल हेतु किसी गैर लाभकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से नहीं सहायता/पैरों।
2. "कोटिज्ड फाइनेंश" से ही एवं सहायता केवल विधिगत प्रकृति की है। टैरिफ या इसकापी द्वारा दो चय सहायता या विधिगत सहायता/प्रक्रिया का भुगतान टैरिफ एवं इसकापी को चयन या विधिगत है और "कोटिज्ड फाइनेंश" द्वारा किसी प्रकार का कोई भरण नहीं है। इसविषय इसकापी में टैरिफ को इसकापी सुरक्षा और अपने जाने की खाती विधिगत टैरिफ एवं इसकापी की टैरिफ और "कोटिज्ड" की कोई सुनिश्चित या विधिगत इस सम्पत्तियों में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery अस्त्रोपकरण की तारीख 1/1/2020	Dr. P. Anshu Chellappa MBBS, DNB Regn. No. 73535 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद व	Subhankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 आशी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आशी इलाका 2	
		