

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life		
APPLICATION No.: K/0120/2972 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 2/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: MINA PASWAN आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 49 वर्ष	SEX: F लिंग	
FATHER/SPOUSE'S NAME: BASANTA PRASAD PASWAN पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 135 KATADANGA ROAD, BHATTARA, FINGA WARD, NORTH 24 PARGANAS 743129, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20,400/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. SPAN 8888 8888				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) 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 के साथ सम्बन्ध
1.	MINA PASWAN	49	F	SELF
2.	SURESH PASWAN	23	M	HUSBAND
3.	NAGENDU PASWAN	24	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न चिह्न लगाएं				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये निम्नो का उद्देश्य				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/दवाइय से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2.	SURGERY - LE (SECS + IOL)			
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 हाँ गई सहायता धरती		



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.
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में मिले गये सभी वित्तियन सहायता मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई वित्तियन एवं वित्तियन सहायता प्राप्त करता है तो वे भी साक्षात् निराश भी हो सकते हैं।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिले हुए धन, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या अन्यथा किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में 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/print/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 मुद्रा के साथ सहमत, मैं (आवेदक) आवेदकता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रचारित करने के लिए उपयोग करें, जिससे अन्य सहायता प्राप्त करने के लिए जानकारी दी जा सके।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना साक्षात् मेरे उद्देश्यों के प्रयोग के उपयोग का हकदार नहीं बनूंगा। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा ली गई जानकारी का उपयोग और संप्रसारण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 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 को मेरे से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तियन सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रमाण से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तियन सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए मांग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने धन को अन्य स्रोत से पूराने का हकदार होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए मांग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने धन को अन्य स्रोत से पूराने का हकदार होगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मिले हुए धन केवल वित्तियन प्रकृति का है। उपरी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना किसी भी अन्य सहायता के सहायता प्रदान करने का हकदार नहीं बनूंगा। इस प्रमाण से स्पष्ट होता है कि सहायता वित्तियन प्रकृति का है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का हकदार नहीं बनूंगा। इस प्रमाण से स्पष्ट होता है कि सहायता वित्तियन प्रकृति का है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का हकदार नहीं बनूंगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2