

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building Block of life.		
APPLICATION No.: K/0120/3014 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 4/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: SUKUMAR KAHAR आवेदक का नाम		AGE-YEARS वय-वर्ष 54	SEX लिंग M	
FATHER/SPOUSE'S NAME: KANAI KAHAR पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासी पता GOVAPALPUR, NORTH 24 PARAGANAS 743445, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासी पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: LABOURER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800012 = 21600 ✓ कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. स्पष्ट नहीं है				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SUKUMAR KAHAR	54	M	SELF
2.	CHAMPA KAHAR	52	F	WIFE
3.	MANAB KAHAR	22	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) व्यक्तिगत कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिये गए विनियम का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SECTOMY)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता (क्या) अन्य स्रोतों से प्राप्त भया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक लाख रुपये	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने के लिए गलत जानकारी दी गई हो तो इसका प्रतिकार मुझे करना पड़ेगा।
- 2) मैं इस घोषणा के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त करूँगा, जो कि केवल इस उद्देश्य के लिए है, जिसके लिए मैंने इस प्रकरण में सहायता माँगी है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रकरण के लिए, इस प्रकरण के अंतर्गत किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता लेऊँगा और न ही दावा करने में हूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

- 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 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 fulfilment 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 अंगूठी का प्रयोग करके, मैं (आवेदनक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को सहायता के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित करूँगा, जो कि केवल इस उद्देश्य के लिए है, जिसके लिए मैंने इस प्रकरण में सहायता माँगी है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार की शर्त के इस प्रकरण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठी का प्रयोग



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कर)

- 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.
- हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के माध्यम से हम यहाँ घोषणा करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से हमें वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें सहायता नहीं देता, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से हमें केवल वित्तीय सहायता मिलेगी। हमारे द्वारा रोगी के लिए चिकित्सा/प्रक्रिया का चुनाव हमारे और रोगी के बीच है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं है। हमारे द्वारा चिकित्सा/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हमारे बीच है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए घोषणा

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/1/2020	Dr. Nishant Karan M.D., D.O., DNB (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नंबर के साथ	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी का नाम व पद
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

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