

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No. : K/0120/3015 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 4/1/2020 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : HARAN PARAI आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 76	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BABURAM PARAI पिता/कन्या का नाम				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DR. BHARTYA, LADALPUR, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 X 12 = 24000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)			
PAN No. पाना संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न 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 सम्बंध	
1.	HARAN PARAI	76	M	SELF	
2.	BABULAM PARAI	48	M	SON	
3.	ARPANA PARAI	43	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)		Ration Card (Attach Copy) व्यक्तिगत कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये विषय का वर्णन:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — (L (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक लाख सहायता राशि		

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 गलत एवं झूठ का दावा किया जायेगा तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में इस राशि का आंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही लेने का इरादा है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 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 में मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा जोड़ा जा रहा है, मैं (आवेदनक) अपने हस्ताक्षर को जोड़कर यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, मुद्रित, प्रसारित करने के लिए उपयोग करें, जिससे दानों को जुटाने में मदद हो सके और/या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी फैलायी जा सके। इस तरह का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, मुद्रित, प्रसारित करने के लिए उपयोग करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं मिलेगा। सहायता देने का फैसला कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के पास होगा, और उनका फैसला अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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 यहाँ, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के हस्ताक्षर के माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें कोशिका फाउंडेशन से सिफारिश की गयी सहायता के लिए आवश्यक है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता के लिए हमें कोई भी अन्य स्रोत से सहायता लेनी नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार या प्रक्रिया का चयन रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता के लिए प्रस्तावित है। इसलिए हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/1/2020	(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) हमारे पक्ष पर 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>
--	--