

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0120/3022		APPLICATION DATE: 4/1/2020			
NAME of APPLICANT: HACHINA BIBI		AGE-YEARS: 66	SEX: F		
FATHER/SPOUSE'S NAME: CHURATALI MONDAL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: RAJIB A.T. RAJENDRAPUR, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MAILED (निधन) / UNMAILED (जीवित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 x 12 = 18000		(Attach Proof of Income)			
PAM No. यदि कोई हो					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / NO			
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	HACHINA BIBI	66	F	SELF	
2.	CHURATALI MONDAL	69	M	HUSBAND	
3.	FATEMA BEGUM	38	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE				
2.	SURGERY — IE (STEF 20L)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: **જાહેરનાકા દ્વારા જાહેર કરવામાં આવેલ છે:**

- 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, date for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashiya 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 कबल यह कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य जवाब जमा है तो मेरी प्रार्थना निराश भी हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कबल यही "बोलीया फाउन्डेशन", से ही कह रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पद प्राप्त है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं भविष्य में भी इस प्रश्न का सही जवाब दे सकूँगा कि नहीं दे सकूँगा कि किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से मैं इसे प्राप्त है और मैं ही यहाँ पर ही पूरित।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING EMPLOYMENT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-configure/produce 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 प्रश्न का जवाब इच्छा या अनिच्छा की बात स्पष्ट करें, मैं (अर्हक) अपने नाम की प्रति फोटो एवं "कोशिका" फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों "को" अधिकृत करता हूँ कि वे वेब, पत्र, फोटो और कि विचार इस प्रश्न में कोशिका हैं, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, पत्र, पत्रिकाएं द्वारा प्रसारण से मुझे अधिकृतियों और उपस्थितियों को लिखे बिना भी प्रसारण करने से अधिकृत करने में हूँ, अधिकृत है। मैं प्रश्न का विचार की इच्छा के पक्ष या पक्ष में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या ट्रस्टी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वेब, पत्र, फोटो और विचार को कि इच्छा के प्रसारण से अधिकृत है मुझे नहीं: फाउंडेशन का इच्छा की करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



AGREEMENT by HOSPITAL (NORTH DE MCO)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अन्तिम में विधिवि सभासभा किसी गैर सभासदी संघटन या किसी अन्य संस्था से कक्षा लेने/पाने में लगे थे। बल्कि कि इनमें "कोटिका फाउन्डेशन" से निराधार/निवृत्ति कक्षा के सम्बन्ध में "कोटिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोटिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिवि अर्थिक/सामग्री हेतु समुदाय की किम्बल है तो असम्भव कि जो अन्य गैर सभासदी संघटन या किसी अन्य संस्थासभा से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रीति में स्पष्ट कहा जाय है कि असम्भव विधिवि मदद उच्च लेने/पाने हेतु कि जो गैर सभासदी संघटन या किसी अन्य संस्था से गैर लेने/पाने।

2. "कॉरिन्था काउन्सेल" से सी गई सहायता मेंगत विविध प्रकृति की है। ऐसी वर इन्वण्टरी द्वारा ही गई सहाय व विभिन्न एवं उपकारप्रतिष्ठा का शुभल ऐसी एवं इन्वण्टरी के बीच का विपन्न है और "कॉरिन्था काउन्सेल" द्वारा किसी प्रकार का कोई दान नहीं है। इसविषे इन्वण्टरी में ऐसी व इन्वण्टरी द्वारा और अन्य कार्य की सभी विभिन्न ऐसी एवं इन्वण्टरी की होती और "कॉरिन्था" की कोई शुभला व विभिन्न ऐसी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery अस्त्रोपचार की तारीख 4/1/2020	Dr. Nagesh Karan (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) अस्त्रकार का नाम व इलाका नं. सह छाप	Dr. Nagesh Karan (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्तक्षेप करने वाले अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 विश्वसनीय 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 विश्वसनीय 2	
		