

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	K/0120/3031	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि	4/1/2020
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	POURANI NASKAR	AGE-YEARS उम्र-वर्ष	65
		SEX लिंग	F
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम	ANANDA NASKAR		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता			
KADDHATI, HADSA, SOUTH 24 PARGANAS 700150, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता			
AS ABOVE			
OCCUPATION: व्यवसाय	HOUSE WIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	RS 2100 X 12 = 25200/-	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. पैन संख्या			
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 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
1.	POURANI NASKAR	65	F
2.	SUDAS NASKAR	42	M
3.	ASHI NASKAR	42	M
Relation with Applicant आवेदक से सम्बन्ध			
SELF HUSBAND SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाय प्रति जांच करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (आय पर की जाय प्रति जांच करें)	Ration Card (Attach Copy) व्यपेक्षा कार्ड (आय पर की जाय प्रति जांच करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न में से किसी 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 (STICUS 102)		
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 हो गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 निरुद्ध एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की 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 जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं न तो सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं है, इस प्रति का अधिक या कमता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक जानकारी को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, या, आवश्यक होने पर अन्य माध्यमों से मुझे संचारित करें और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार सहायता को प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे हस्तगत के पत्रों या पत्रों के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों के प्रकाशित करने के लिए सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के निवारण और सहायता को प्रदान करने का निर्णय केवल कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों के पास है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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.

हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा यहाँ प्रस्तावित इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के उपचार या किसी अन्य रोगी के उपचार हेतु अन्य स्रोतों से लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना ही "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा है कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अंशतः न मिले तो हमारे पास है कि अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति का है और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भूमिका नहीं होगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस रोगी के चिकित्सक और अन्य चिकित्सकों के बीच होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमारे पास है रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य चिकित्सकों को रोगी के उपचार की सुरक्षा और "कोशिका" को कोई भूमिका नहीं होगी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/1/2020	Dr. Nalini Kishor Karan MS (S), DNB Reg. No. 43729 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Dr. Nalini Kishor Karan MS (S), DNB Reg. No. 43729
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 <i>[Signature]</i>	