

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. : K/0120/3035 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 4/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : MINATI PAUL आवेदक का नाम		AGE-YEARS : 67 आयु-वर्ष	SEX : F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KARTICK PAUL पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 43 DASHBHINDARI ROAD, SOUTH DUMDUM, SRAEBHUM NORTH 24 PARGANAS 700048, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>AS ABOVE</u>				
OCCUPATION : HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (निर्दिष्ट) / UNMARRIED (अनिर्दिष्ट)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2100 x 12 = 25200/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)		
PAN No. : <u>XXXX XXXX</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर का दाता हैं (जो सत्य हो उस पर छापी 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	MINATI PAUL	67	F	SELF
2	SANTAY PAUL	38	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)
Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न उद्देश्यों का उद्देश्य				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सक से जारी की गई प्रतिवेदन भूषी संलग्न			
1	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2	SURGERY — LECTICSTOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिये गए हैं?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि		



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.

- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं भ्रमन भ्रमण पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी सहायता हेतु भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही सहायता प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

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/republish 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टी "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रसारित करेगा, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माँगा गया है, और यह प्रसारण मेरे उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए किसी भी प्रकार सहायता को प्राप्त करने के लिए स्वीकृत है। मैं इस प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के अंगूठे की छाप के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त स्वीकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टी द्वारा प्रसारित करने का अधिकार है। सहायता का इस्तेमाल मेरी सहायता के लिए ही होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

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.

इससे स्वीकृति देकर, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि हम न ही वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में माँगा है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता के लिए है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम सहायता के लिए माँगा गया है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता के लिए है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी का इलाज हमारे द्वारा ही किया जाएगा और इससे कोई भी सहायता के लिए माँगा गया है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता के लिए है। इससे हमें सहायता के लिए माँगा गया है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता के लिए है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/1/2020	Dr. Manoj Kumar REGD. NO. 61719 (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज का पता	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

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