

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/0120/3092 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 7/1/2020 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: ASIT DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 80	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GIPIN DAS पिता/सहोदर का नाम			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान निवास स्थान MASHILA, SANKRANTIL SAIDAR, HOWRAH, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास स्थान AS ABOVE			
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 13000 x 12 = 156000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का दस्तावेज संलग्न करें)	
PAN No. एवं खाता 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 हाँ / 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.	ASIT DAS	80	M
2.	OSMALA DAS	45	F
3.	ANALA DEBISNATH	47	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध SELF DAUGHTER DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने नये विपत्ति का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (SICS & IOL)		
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 ली गई सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यर करण 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 पर हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास हो या ख़तरा है।
- 2) मैं इससे अधिक जानकारी "कोशिका फाउंडेशन", से ही ले रहा हूँ, इसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में उल्लेख है।
- 3) मैं यहाँ पर हूँ कि मैं न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो ले रहा हूँ और न ही लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शेक ह्यर 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/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर सहमत हो चुका हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लेख है, उन्हें "कोशिका" फाउंडेशन, दान, सहायता/सुझाव देने के लिए मेरी तस्वीरें और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग कर सकते हैं। इसका उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में मेरे लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के द्वारा उपयोग में लाया जायेगा, इससे मेरी सहायता का अधिकार नहीं बढ़ता। इस संबंध में "कोशिका" फाउंडेशन के ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल ह्यर 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 पर, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/मरीज को किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय सहायता/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा निर्णय अन्य स्रोत/रोगी/मरीज से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा निर्णय किसी भी प्रकार "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए प्रभावित नहीं होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश की है। हमारे हस्पताल द्वारा ही वित्तीय सहायता के लिए हमारे रोगी/मरीज का भुगतान होगा एवं हमारा को रोगी का निवारण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमारा निर्णय को रोगी के हलाक सुख और अपने जाने की सही निर्णयों पर ही निर्भर करेगा और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/1/2020	Dr. Nalinakshi Karan M369 004978 Reg. No. - 03729 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2