

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: K/0120/3098 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 7/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: ASHOK SHAW आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 47	SEX लिंग M	
FATHER/SPOUSE'S NAME: SHOGENDER SHAW पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता MULLA MASALLA, HOWRAH-711002, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता AS ABOVE				
OCCUPATION: LABOURER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 x 12 = 20400/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	ASHOK SHAW	47	M	SELF
2.	SHOGENDER SHAW	28	M	SON
3.	BHABHA SHAW	45	F	WIFE
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रुती संलग्न			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SLCS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिख गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा नीचे का 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 कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इस बात पर अग्रिमतापूर्वक "कोशिका फाउण्डेशन", से सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है। 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा पत्र) 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 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रयोग कर सकते हैं, जहाँ "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मेरी छवि, पता, फोटो/छवि आदि के माध्यम से धन की मांग की जा सकती है और/या कोशिका फाउण्डेशन के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रकार का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना मेरे बिना "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है। 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउण्डेशन के द्वारा मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मेरी छवि, पता, फोटो/छवि आदि के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्पणकर्ता की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप		
		
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा पत्र) 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 अधिकृत, इस प्रकार की हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप के माध्यम से हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं: 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, क्योंकि हम कोशिका फाउण्डेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का प्रयास कर रहे हैं। यदि कोशिका फाउण्डेशन द्वारा हमें वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने वित्तीय अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम घोषणा करते हैं कि कोशिका फाउण्डेशन द्वारा दी गई वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा इलाज के लिए चयन की गई प्रक्रिया/प्रक्रिया का चयन हमारे और कोशिका फाउण्डेशन के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और कोशिका फाउण्डेशन द्वारा दी गई वित्तीय सहायता को कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रभावित नहीं किया जाएगा। 2. "कोशिका फाउण्डेशन" से हमें प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा इलाज के लिए चयन की गई प्रक्रिया/प्रक्रिया का चयन हमारे और कोशिका फाउण्डेशन के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और कोशिका फाउण्डेशन द्वारा दी गई वित्तीय सहायता को कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रभावित नहीं किया जाएगा।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/1/2020	Dr. Nalinakshi Karan MBBCh, DGO, DNB Reg. No. - 63729 Surgeon (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	Sankar Bagchi Director (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 भरोदार 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2
		