

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0120/3099 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 7/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: LATIKA SAMANTA आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 86	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MATHUR SAMANTA पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: कौनसे अवस्थान पर CHHOTA BAGA, SHORHAT SANKRAIL, HAWRAH THIRU, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवस्थान पर AS ABOVE				
OCCUPATION: HOME MAKER व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1400 x 12 = 16800/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. क्या है/ नहीं है				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्य हो उस पर सही का चिह्नन करें):				
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.	LATIKA SAMANTA	86	F	SELF
2.	SANTU SAMANTA	52	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर को जांच प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का आय पर (आय पर को जांच प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर को जांच प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2.	SURGERY - LE (SIZE 7.00L)			
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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन अथवा दावा दावा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त की जा रही है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में दावा किया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस राशि का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सकेगा और न ही भविष्य में होगा।

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/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, कर्मचारियों द्वारा, प्रसारण के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी स्वीकृति का मतलब यह नहीं है कि "कोशिका फाउंडेशन" मेरी सहायता जारी रखेगा।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" का अधिकार है। इस सहायता का उपयोग मेरी सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य के पूर्ण होने तक किया जाएगा और इसका उपयोग किसी भी अन्य उद्देश्य के लिये नहीं किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

इससे अधिकृत, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:

1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त करने का दावा करेंगे, जब तक कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये सिफारिश/निर्देशित नहीं करते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ के अंतर्गत हम मान्यता देते हैं कि हमारे पास किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे और हस्पताल के बीच की व्यवस्था के बिना, "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है। इससे हमारे हस्पताल के चिकित्सक और हमारे चिकित्सक के बीच की व्यवस्था के बिना, "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जा रही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/1/2020	Dr. Nalinakshi Karan M.B.B.S., D.O., D.N.B. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Signature of Authorised Signatory (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--