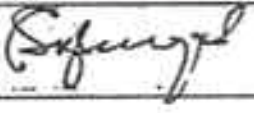


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/0120/3106		APPLICATION DATE: 7/1/2020		
NAME of APPLICANT: LAKSHI ROY		AGE-YEARS: 66	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUKUMAR ROY				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MAHABAR, BARUA TILKAT, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (निविहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20400		(Attach Proof of income)		
PAN No. [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	LAKSHI ROY	66	F	SELF
2.	SANJAY ROY	38	M	SON
3.	ANJAL ROY	36	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)
Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2.	SURGERY - (LEFT EYE)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1.				
2.				

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 मेरे ज्ञानकारी 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 को सख्ततापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से ही यह सही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने आमतौर पर यह प्रत्येक की नहीं है, इस उद्देश्य का मुझे किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार) 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 is in this regard will be final and acceptable to me. 1) इस प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि को प्रुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित करने के माध्यम से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। इस प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्तक्षेप के बिना या मेरे करने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रयोग करने के बिना मेरे हस्तक्षेप के बिना "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित करने के माध्यम से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 		
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार) 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, हस्ताक्षर की और से प्रमाणित करने के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्तिय सहायता से अन्य न प्रयोग करते हैं। 1) यह कि मैं या मेरा संस्थान और मैं ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और संस्थान से प्राप्त नहीं कर सकेंगे, जब तक कि हमसे "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता प्राप्त नहीं हो जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" 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 प्रमाणित करने के बिना हमें सहायता मिलने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाणित करने के बिना हमें सहायता मिलने का अधिकार सुरक्षित रहता है। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। ऐसी या इसप्रकार द्वारा ही यह सहायता या किसी भी प्रकार/प्रक्रिया का प्रभाव होगा एवं इसप्रकार के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हमारा यह उद्देश्य है कि इसका प्रभाव और इसे करने की सभी जिम्मेदारियाँ हमें ही होंगी और "कोशिका" को कोई प्रभाव या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिये संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/1/2020	Dr. Nalini Kaur MBBS, DNB Reg. No. - 63729 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर 