

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika foundation (Building block of life)		
APPLICATION No.: K/0120/3108		APPLICATION DATE: 7/1/2020		
NAME of APPLICANT: PRABHA KANTHAL		AGE-YEARS: 80	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PIJUS KANTHAL				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KATHAL PARA ROAD, MASTER, HAORA 711002, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20400/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)		
PAN No. (आपका PAN नंबर)				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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.	PRABHA KANTHAL	80	F	SELF
2.	PIJUS KANTHAL	82	M	SON
3.	SEKANTA KANTHAL	80	M	SON
4.	SONA KANTHAL	46	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) व्ययोजन कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)
Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विच्छेद का उद्देश्य:				
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूली संलग्न				
Sr. No. क्रम संख्या	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
1.	SURGERY — LE (SIGES + IOL)			
2.				
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE ही गई सहायता राशी	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक डप कपय वर)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास हो या सफल हो।
 2) मैं इससे सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सत किया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रारूप नहीं भरा है, इस प्रति का अधिकतम या प्रकृत प्रियत किसी अन्य प्रोडिगोसक/बीम कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक डप कपय)

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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपने छात्रों को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए उपयोग में लाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद मांगने के लिए और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या फिर मेरे मामले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद मांगने के लिए अधिकृत है।

2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है पुष्टि करता हूँ: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित जानकारी का निर्णय और प्रभावकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल डप कपय)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सके, जो हमें सहायता हेतु "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त हो सके, "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती/प्राप्त नहीं होती, तो हमें सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता सिर्फ वरर उक्त उद्देश्य हेतु किया है। सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उद्देश्य का हस्ताक्षर डप से यह प्रमाणित करने के लिए उद्देश्य/उद्देश्य का प्रमाण देने एवं हस्ताक्षर को सत्य का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में उद्देश्य को हस्ताक्षर सुरक्षित और सत्य होने की सही जिम्मेदारी उद्देश्य हस्ताक्षर की होती है और "कोशिका" को कोई प्रभाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/1/2020	Dr. Nalini Kashi Karan MBBS, D, DNB Reg. No. - 63129 Supervisor of Dr. A. Raja. No. 10th Street Centre हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसा हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसा हस्ताक्षर 2