

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : K/0120/3115 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 7/1/2020 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : ANJU GHOSHAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS मासु-वर्ष 60		SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RATAN GHOSHAL पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : कौन सा वर्तमान पता MURARI NAGAR ROAD, ULTAJANGA MAIN ROAD, KOLKATA 700067, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : HOUSE WIFE व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1500 X 12 = 21600 कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. सही छात्र संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध	
1.	ANJU GHOSHAL	60	F	SELF	
2.	RATAN GHOSHAL	65	M	HUSBAND	
3.	ABHABESHAN GHOSHAL	36	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनोद आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) पट्टीये कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS — PATRIMACT — RE				
2.	SURGERY — RE (STICS + 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 एक लाख सहायता यती	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हताक द्वाग घोषणा करत)

- 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) मै घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सामान गलत या झूठा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मेरी द्वाग से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में था।
 3) मै पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में इस राशि को नहीं लूँगा, न ही किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ही किसी भी और न ही व्यक्ति से लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हताक द्वाग करत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 द्वाग पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मै (अर्हताक) स्वयं स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस द्वाग में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा, या किसी भी अन्य माध्यम से मुझे और अन्य लोगों को लाने के लिए प्रयोग करें।
 2) मै (अर्हताक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी सहमति के उपयोग में ला सकते हैं। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता हूँ।
 "कोशिका" द्वारा इसके उपयोग के लिए अधिकृत और स्वीकृति देता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हताक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वाग करत)

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.

हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विनम्रता से कहते हैं, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न द्वाग से सत्य व स्वीकृति देते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिए प्राप्त की जाएगी या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिये या से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निवेदन/निवेदन किया है।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज द्वाग से या सहायता के बिना सत्य व स्वीकृति देते हैं।
 3) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज द्वाग से या सहायता के बिना सत्य व स्वीकृति देते हैं।
 4) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज द्वाग से या सहायता के बिना सत्य व स्वीकृति देते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमोदित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/1/2020	Dr. Nalinakshi Kishan MSB, DNB Reg. No. 85729 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर नंबर	Dr. Nalinakshi Kishan Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) यह व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

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