

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of Life		
APPLICATION No.: K/0120/3118 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 7/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: NARAYAN CHANDRA SAHA आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 65 वर्ष	SEX: M लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JADAV CHANDRA SAHA पिता/पत्नी का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 16/11/A/35/1 BILLAH BAKIN GHOSH SARANI, ULADANGA MAIN ROAD, KOLKATA 700047, WEST BENGAL वर्तमान निवास पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी निवास पता				
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय		MARITAL STATUS: UNMARRIED (अविवाहित) विवाहित (विवाहित) / अविवाहित (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20400 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. [Blank] पैन नं.				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्यम हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) 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 से संबंध
1.	NARAYAN CHANDRA SAHA	65	M	SELF
2.	NIJORA DAS	39	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूएस प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतियाँ			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (SICS + TOR)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक डाय 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) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया है तो उसे सही किया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि यदि मुझे सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी है।
- 3) मैं यहाँ पर यह घोषणा कर रहा हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से इस राशि के लिए सहायता नहीं माँगी है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक डाय करत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees in use/publish/post-up/republish 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 प्रश्न पर मैंने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाया है, जिससे मैं (अर्शेक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रयोग करने के लिए अधिकार हैं, जो कि वे कभी भी किसी भी माध्यम से, जिसमें कि लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी के द्वारा उपयोग के लिए किया जा सकता है। कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल डाय 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 करके, हम (हस्पताल) यहाँ पर निम्नलिखित बातों का स्वीकार कर रहे हैं:
- 1) कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं माँगेगी, जो कि हम कोशिका फाउंडेशन से माँगी है, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन हमें सहायता नहीं देता। यदि कोशिका फाउंडेशन हमें सहायता नहीं देता, तो हम इसे किसी अन्य स्रोत से पूरक कर सकते हैं। यह पुष्टि करता है कि कोशिका फाउंडेशन केवल वित्तीय सहायता प्रदान करेगा और हम (हस्पताल) इस सहायता के उपयोग और सुरक्षा के लिए पूरी जिम्मेदारी धारण करेंगे।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और प्रक्रिया के निर्धारण केवल रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और इस पर कोशिका फाउंडेशन का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए, हस्पताल को उपचार के परिणाम और रोगी की सुरक्षा के लिए पूरी जिम्मेदारी धारित करनी होगी और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भूमिका नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति**

Date of Surgery शल्यक्रिये की तारीख 7/1/2020	Dr. Nalin K. Katoch MBBS, DNB Reg. No. - 67123 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर पत्रिका	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2