

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: K/0120/3120 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 7/1/2020 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: HAREN ADHIKARI आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 51 वर्ष	SEX: M लिंग		
FATHER/SPOUSE'S NAME: SUSHIL ADHIKARI पिता/सहोदर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DEWANEER BAGAN, MASILA, BANKRAIL, HOWRAH 711002, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 18000 x 12 = 216000		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)			
PAN No. [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी 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 के साथ सम्बन्ध	
1.	HAREN ADHIKARI	51	M	SELF	
2.	PARAN ADHIKARI	25	F	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय का (आय पर की जांच की जा सकती है)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (आय पर की जांच की जा सकती है)		Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (आय पर की जांच की जा सकती है)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इलाज के दवाइयों के प्रमाण				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: **महोदय प्रो. श्रीम. वि.:**

- 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 Kashiya 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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी बात है सहायता एतद् "कॉशिया फाउन्डेशन", से ही जा रही है, इसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पद गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रत्येक भी नहीं है, उस राशि का वित्तिक या सहायता निरस्त किया जाने कोटि/विधेयक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (not to work)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 it's 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 the regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस ढङ्ग वा अपने हस्ताक्षर या अंगूठी के छाप लगाकर, मैं (अर्हदख) अपने नाम की मुद्रित फार्म है एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता और विवरण इस ढङ्ग से प्रयोग करे, इसे "कोशिका" दान, प्रकाश, प्रकाशक दान, गैर-प्राप्त के द्वारा प्रचारित और प्रसारित के लिए किसी भी प्रकार मध्यम से प्रकाशित करने में लिए अधिकृत है। मेरे ढङ्ग वा विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों या पक्षों के पक्षों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हदख) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साधन से उपयोग के अधिकार है मुझे सहायता प्राप्त या प्रकाशित नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

ARRESTANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आलेख के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this cess/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hosobta) 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीडन के लिए संसद

Date of Surgery मॉरेलन को सही 7/1/2020	Dr. Nellooshi Karan MBBS, D.O., MNS RMO, P.N. - 65129 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका नं. सहित	Shih Sankar Singh Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका नं. सहित अस्पताल
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मानविक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	