

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K10918/1259		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		11/09/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम			PUSHPA SANTRA		AGE-YEARS आयु-वर्ष		53
					SEX लिंग		F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम			SUDARSHAN SANTRA				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास पता							
76 NO NANDAN NAGAR, BELGHARIA, DANKOPARA, KOLKATA - 700083, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता							
AS ABOVE							
OCCUPATION : व्यवसाय				HOME MAKER			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				NIL			
				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थाई खाता संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पत्रा है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)							
Yes / No हां / नहीं							
FAMILY DETAILS परिवार विवरण							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम		Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध		
1.	PUSHPA SANTRA		53	F	SELF		
2.	SRIMANTA SANTRA		31	M	SON		
3.	SRIMANTA SANTRA		28	M	SON		
4.	SABITA SANTRA		26	F	DAUGHTER		
5.	SUSHANTA SANTRA		23	M	SON		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे कबे विनती का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE						
2.	SURGERY - RE (SICR + IOL)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानको के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन वास्तव सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया गया है।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिये हूँ 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/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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यासी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, दूरदर्शन द्वारा उत्प्रेषण से मुझे परिचित करने और जानकारी देने के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रकाशन मेरी सहायता के पत्रों या पत्रों के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को प्राप्त करने के प्रयत्न में मुझे सहायता; सहायता का प्रदाता नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासियों या निदेश अधिकार और सहायता देने के लिए।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के 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 ओर से सहायता हेतु सिफारिश करने वाली है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता हेतु सिफारिश करने वाली अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए या सोच रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिफल प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अंश/पूर्ण रूप से नहीं मिलती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा या किसी अन्य सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद अंश/पूर्ण रूप से किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं भेजा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे में हस्पताल द्वारा जो भी सहायता प्रदान करने के लिए गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेनी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में ऐसे के हस्तगत सुझाव और अपने जाने को जारी विधेयता लेनी एवं हस्पताल की होनी और "कोशिका" को कोई भी भविष्य या विधेयता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/09/18	<i>Dr. Jari Shanker Nag</i> MBBS, MS. (OPHTH) Reg. No. 65456 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) उपस्थित करने वाले हस्ताक्षर या छाप	<i>Shankar</i> Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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