

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :		K/1018/1491		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		10/10/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		MONGALA SENAPATI		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग		
				75	F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम				GOBARDHAN SENAPATI			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता				GONDALPARK-10, GANGADHARPUR, PANCHALA, SADAR, HOGLRAH, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता				AS ABOVE			
OCCUPATION : व्यवसाय				HOME MAKER			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				NIL			
PAN No. स्थाई छता संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निरुद्धन लगावे)				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 सम्बंध			
1.	MONGALA SENAPATI	95	F	SELF			
2.	BARAD SENAPATI	40	M	SON			
3.	SAPAT SENAPATI	39	M	SON			
4.	RITIKA SENAPATI	24	F	DAUGHTER			
5.	SANDHYA SENAPATI	21	F	DAUGHTER			
6.	JHUMA SENAPATI	23	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवर्त आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवर्त का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुल्को संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE						
2.	SURGERY - RE (SICS + 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 सी गई सहायता धरा			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस धन को और/या किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही दानिय में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to 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 solidifying 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 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.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहाय्य की मुक्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, राज, पाषाण/पत्थर द्वारा उद्धार से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या बाद में काले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं देता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपेक्षक के इलाखर या अंगुठी का निरान



AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट हॉस्पिटल)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिवक्ता, इलाहाबाद की ओर से मामला/परीची को "बोशिका फाउन्डेशन" से विधिवत सहायता हेतु विचारित की जाले है, बिशे इम (हायडल) निम्न प्रकार से माय व प्रयोग करले है।

- 1) यह कि न तो सर्वान और न ही सर्विय में विविध सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य एजेंसी से उक्त ऐंगी/मार्गों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाइनेंस" से निपटारा/विपरीत उक्त के समर्थन में "कोशिका फाइनेंस" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाइनेंस" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकार/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विविध मदद उक्त ऐंगी/मार्गों हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य समर्थन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाइनेंस" से लेने या सहायता केवल विविध प्रकृति को है। ऐंगी पर इस्तेमाल द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/क्रिया का चुनाव ऐंगी एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाइनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में ऐंगी को इरादा सुरक्षा और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं इस्तेमाल को होती और "कोशिका" की कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वयंक्रांती के लिए संरक्षित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/10/18	Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No. - 60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल व रजि. नं.	Dr. Anshu Anshu Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्तेमाल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कौशिकी फाउण्डेसन ईत

आन्तरिक डरपंथ ईह

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इन्द्रधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इन्द्रधर 2
	