

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		K/1118/1515		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:		12/11/18	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX लिंग		
HARIPADA NASIKAR			70		M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम							
MANGAL NASIKAR							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता							
NARAYAN TALA, PACHA PARA, JASANT							
SOUTH 24 PARAGANAS, 743312, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता							
— AS ABOVE —							
OCCUPATION: व्यवसाय				UNEMPLOYED			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय				NIL			
PAN No. स्पष्ट छाया संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 से सम्बन्ध			
1	HARIPADA NASIKAR	70	M	SELF			
2	NARAYAN TALA NASIKAR	67	F	WIFE			
3	MAHAN NASIKAR	41	M	SON			
4	MAHAN NASIKAR	38	M	SON			
5	SADHAN NASIKAR	35	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने निम्नी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्तापत्र/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE						
2	SURGERY - LE (SICS ROL)						
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 सी गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: **अवेदक द्वारा घोषणा पर:**

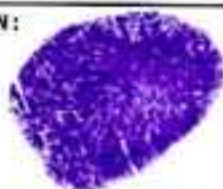
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता पाने "कोशिका फाउण्डेशन", से सीता बता रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस पाने पर और किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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/put-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 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 को छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बु न्यासी, छत्र, साधक/या दूसरे उद्देश्य से चुनी गई विधियों और उपस्थितियों के सिधे किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्तक्षेप के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बु उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

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.

हमारे अधिभूत, हमलक्ष्य भी और से जलते/लेते को "कोशिका फायन्डेन" से विशेष खायात हुं विपरीता भी जलते है, बिसे इस (इसकल) निम्न प्रकार से मान्य व प्रतीकार करते है:

- 1) यह कि न तो बाँधन और न ही पवित्र या विविध सहायक किसी नैसर्गिक संरक्षण या किसी अन्य स्थल से जलकेंद्र/पार्लो में लगे या लगे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से शिवाजीविमलिका ठाकुर के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदार्थ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विधि कोशिका/सकल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अमृतता किसी अन्य नैसर्गिक संरक्षण या किसी अन्य संस्थापन से सहायक लेने का अधिकतम सुविधा रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अमृतता द्वितीय पदार्थ ठाकुर केन्द्र/पार्लो हेतु किसी नैसर्गिक संरक्षण या किसी अन्य स्थल से नहीं लेना/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लगे गई सहायक केवल विधिगत प्रकृति की है। ऐसी पर इस्तेमाल द्वारा ये गई सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनरावृत्ति एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दस्तावेज नहीं है। इसलिये इस्तेमाल में ऐसी के इस्तेमाल सुरक्षा और अपने अपने को सही दिशा/पार्लो ऐसी एवं इस्तेमाल की होगी और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या दिग्दर्शक इव प्रभाव में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/11/18	Hari Shanker Nag M.D., M.S. (OPHTH) Reg. No. 65658 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Shishu Shankar Bagchi Director Surgical Education & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका व अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मन्त्रिक उपयोग हेतु

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