

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)			 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/1118/1623 आवेदन संख्या:			APPLICATION DATE: 16/11/18 आवेदन तिथि			 	
NAME of APPLICANT: HORIDAS SARDAR आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष 93		SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BOCHON SARDAR पिता/सहस्र का नाम							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PART NO-191, APTEPURUS, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता AS ABOVE							
OCCUPATION: HOME MAKER व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) MARRIED				
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)				
PAN No. स्थाई करदाता संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।)			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 के साथ सम्बन्ध			
1.	HORIDAS SARDAR	93	F	SELF			
2.	TARAK SARDAR	67	M	SON			
3.	SIBU SARDAR	67	M	SON			
4.	PANCHI SARDAR	63	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अल्प 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 किसे नामे निम्नी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रियेदन सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE						
2.	SURGERY - LE (STCSP10L)						
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 सो गई सहायता पछो			

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰੰਭਕ ਹੁਤ ਘੋਸ਼ਣਾ ਪਤਾ:**

- 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 यही प्रमाण 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 एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता गया है।
- 3) मैं यही प्रमाण करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम वा सम्पूर्ण प्रिसत किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में ली जा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा कथन)

- 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 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हदारक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्षित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दूर, वापस आने के उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों को सिने कियो भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के परते या बाद में काले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हदारक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

इसने जीपबूट, बल्लभरी की और से सम्मेलनों को "कॉमिन्स फ़ाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु निषेधित की जाती है, जिसे हथ (इसका) निम्न प्रकार से सम्यक प्रयोग करने है।

- 1) यह कि न तो संस्था और न ही व्यक्ति में निष्पक्ष साहाय्य किसी और साकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से उक्त ऐंग्रेज/भारत में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्डेशन" से शिशुविकास/विशेष उक्त के सम्बन्ध में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा साहाय्य किसी अशिक्षा/सकल हेतु मजदूर या किसी जगह है तो अत्यन्त किमो अन्य और साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से साहाय्य लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद उक्त ऐंग्रेज/भारत में हेतु किसी और साकारी संस्था या किसी अन्य साध्य से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉलिका फाउन्डेशन" से ही यह साहाय्य केवल विधि प्रकृति की है। ऐसी पर हमारा द्वारा ही यह सत्य या किने गने उपचार/क्रिया का चुनाव ऐंग्रेज/भारत के बीच का विषय है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमारा में ऐंग्रेज के इतना मुक्त और अपने जाने को जारी विनियमों ऐंग्रेज एवं हमारा की होगी और "कॉलिका" की कोई धनिका या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/11/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका का रजि. नं. 	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका के अधिकृत अधिकारी 
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

आन्तरिक उपयोग हेतु

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