

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life
APPLICATION No.: ५/1218/1672 आवेदन क्रमांक :		APPLICATION DATE: 3/12/18. आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम DULALI MOLLA		AGE-YEARS आयु-वर्ष 60	SEX लिंग F
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम CHUNNAT MOLLA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: पौरोहित्य आवास KANTI PARA BASANTI SOUTH 24 MARGANDAS, 743312, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास — AS ABOVE —			
OCCUPATION: व्यवसाय HOUSE WIFE	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय NIL	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)		
PAN No. आय का आयकर पहचान संख्या	ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आय कर दाखल करने वाले हैं? (को एक या अधिक पर चिह्नित करें)		
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS: पौरोहित्य विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	DULALI MOLLA	60	F
2.	CHUNNAT MOLLA	52	M
3.	MAHARAJA MOLLA	38	M
4.	KASHIKA KARTOON	34	F
Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध			
SELF - HUSBAND - SON - DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (आय कर को भी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर वर्ग का प्रमाण पत्र (आय कर को भी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपासीकरण कार्ड (आय कर को भी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे किसे निम्न कारणों से:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आय/प्रतिनिधि से जारी की गई प्रतिनिधि सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE		
2.	SURGERY - LE (SKS/HOL)		
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED ले गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तब भी मैं उसे सही मानना प्रपत्र को न सही हूँ।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि या अधिकतम राशि का भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सकार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो एवं विवरण से जुड़ी विविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी उपाय साधन से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निराकरण भी इससे पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उपलब्ध होने के प्रति मैं पूर्णतः सहमत हूँ। सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उपलब्ध नहीं होने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सकार)

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, हमारा यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र से प्राप्त कर लेंगे।

- 1) वह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए हमें कोई अधिकार है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सकार हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/प्रक्रिया हेतु सकार नहीं किया जाता है तो हमारा निर्णय अन्य है। हमारी सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करता है कि हमारा निर्णय सकार करने के लिए सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना चाहिए।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रक्रिया को है। हमें या हमारा द्वारा ही नहीं जानता कि हमें लगे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमें ही करना है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा निर्णय हमें ही है। हमारा चुनाव और करने करने को सही निर्णयों हमें ही करना है और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संयुक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 3/12/18	Dr. A. Kuridu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व इलाका के डॉक्टर	Dr. Sanjay Bagchi Director Kushal Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पास हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार संख्या 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार संख्या 2