

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/1218/1978		APPLICATION DATE : आवेदन दिनांक :		3/12/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम			AGE-YEARS : वयस वर्ष		SEX : लिंग		 
RADHADEBI MALI			52		F		
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम			ASHOK KUMAR MALI				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता							
49 DURGA MALL, NO WATER TANK TATA MATH, NAY JAGAN PANCHAIAT, SAMTAL KHARDAH, JHARKHAND, NORTH 24 PARGANAS, 700114, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता							
AS ABOVE							
OCCUPATION : व्यवसाय				HOME MAKER.			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				NIL			
PAN No. : पैन संख्या				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)				Yes / No हां / नहीं			
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम		Age (Years) वयस (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध		
1.	RADHADEBI MALI		52	F	SELF		
2.	SARDA MALI		27	F	DAUGHTER		
3.	SUNITA MALI		25	F	DAUGHTER		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) पोस्टल रेशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (सहायता पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (सहायता पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (सहायता पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न कौन विषय का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगरहित/प्रीतिपत्र से जारी की गई डॉक्टरों की प्रतिलिपि संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT- RP						
2.	SURGERY - RG (SICST 104)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत/झूठ का बयान प्रमाण पत्र पर लिखा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता, यदि प्राप्त की जाती है, केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रमाण पत्र में बताया गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायता, यदि प्राप्त की जाती है, केवल "उद्देश्य" के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रमाण पत्र में बताया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post/communicate 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.
- 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.
- इस प्रमाण पत्र पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा छाप करके, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण पत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, कर्मचारी, स्वयंसेवकों, दूरदर्शन, रेडियो, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का प्रयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के नाम पर अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के उपयोग के लिए अधिकृत है। कोशिका फाउंडेशन को इस बात पर कोई भी शर्त नहीं लगाई जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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:
- 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.
 - 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की और से घोषणा करने की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाण पत्र पर घोषणा करते हैं।
- यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का प्रयत्न करेंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट किया गया है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव प्रमाण पत्र पर लिखे गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा और इसका निर्णय कोशिका फाउंडेशन और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किया गया होगा। कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए योग्य

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 01/2/18	Dr. A. K. Singh MD, MS [Name of Dr. & Regn. No. with Stamp] हस्ताक्षर का नाम के साथ हॉस्पिटल का सील: Castle	Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम, पद और हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी के नाम
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 [Signature]
---	---