

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन क्रमांक :		K/1218/1697		APPLICATION DATE : 09.12.18 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		BIDHAN BAYEN		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
				54	M
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम		AKSHAY BAYEN			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता					
KUNMATHANAGAR, MANIDINDA GHERI, PARDI, GOSABA, SOUTH 24 PARAGANAS, 743320, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता					
AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय		FARMER		☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		Rs-1600x12 = 19200		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. : ☒ Yes / ☐ No					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं (को भी चिह्नित करें जो लागू हो) (को भी चिह्नित करें जो लागू हो)					
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सम्बन्ध	
1.	BIDHAN BAYEN	54	M	SELF	
2.	KANCHAN BAYEN	46	F	WIFE	
3.	ASIMA BAYEN	23	F	DAUGHTER	
4.	TANIMA BAYEN	26	F	DAUGHTER	
5.	ANIMA BAYEN	18	F	DAUGHTER	
6.	ASHIM BAYEN	15	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार					
☐ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पत्र (आय पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पत्र (आय पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (आय पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-LE				
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED उसी उद्देश्य के लिए प्राप्त 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/revocation.
- 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 जाय तो मैं इसे भी वापस लिख कर वापस कर दूँगा।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोशिका फाउंडेशन", से जो मैंने कहा है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से वापस करने की योजना नहीं बना रहा हूँ, या यदि मैं वापस करने की योजना बना रहा हूँ तो मैं इसे भी वापस कर दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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-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 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 प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "बोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़ सकते हैं, जो "बोशिका" फण्डेशन, द्वारा, वापस करने के उद्देश्य से मुझे उपलब्ध कराने के लिए दिये जा सकते हैं। मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण के लिए "बोशिका फाउंडेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिए किया जा सकता है। मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप



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:
- 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.
- हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जो कि हमें "बोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया जा रहा है। यदि "बोशिका फाउंडेशन" द्वारा अनुरोध की गई सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से नहीं दी जाती है, तो हमें अपने वित्तीय अंतर को किसी अन्य संगठन या किसी अन्य स्रोत से पूरा करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि हमें "बोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता के लिए हमें कोई भी अन्य सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं है।
2. "बोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिए किया जा सकता है और "बोशिका फाउंडेशन" द्वारा अनुरोध की गई सहायता के लिए हमें कोई भी अन्य सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं है। हमें यह घोषणा करनी है कि हमें "बोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता के लिए हमें कोई भी अन्य सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अर्शक की तारीख 04/01/18	Dr. A. Karthik MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व मुहर	Anil Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शक 2