

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/1218/1098		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		KANAN JODDAR		AGE-YEARS आयु-वर्ष	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम		PARIMAL JODDAR		SEX लिंग	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता		55		F	
SATYANARAYANPUR HALDAR ROAD, HATHI BARI, ANILAMETI, SOUTH 24 PARGANAS 743320, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता					
AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
HOUSE WIFE					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
NIL					
PAN No. : [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
Yes / No हां / 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.	KANAN JODDAR	55	F	SELF	
2.	PARIMAL JODDAR	67	M	HUSBAND	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीति से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (GIC + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWAIED 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 AWAIED ले गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 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 प्रार्थना रिजक्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में स्पष्ट रूप से दिये गये हैं।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रारूप के अंतर्गत जो भी राशि प्राप्त करूँगा, उसे किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त राशि के साथ-साथ ही नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टीयों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, उन्हीं "उद्देश्यों" के लिये, जिनके लिये मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ। कोशिका फाउंडेशन और/या जानकारी फैलाने के लिये किसी भी माध्यम का उपयोग कर सकते हैं।

2) मैं (अर्शक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के उपयोग के लिये कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टीयों केवल कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टीयों के द्वारा ही किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे हॉस्पिटल को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मांग रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इससे कोशिका फाउंडेशन को सहायता देने का कोई भी दायित्व नहीं पड़ेगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। उपचार का चुनाव हमारे हॉस्पिटल द्वारा ही किया जाएगा और इससे कोशिका फाउंडेशन को कोई भी दायित्व नहीं पड़ेगा। हमारे हॉस्पिटल के चिकित्सकों द्वारा उपचार का चुनाव करना और उसे लागू करना हमारे हॉस्पिटल का पूर्ण दायित्व है और कोशिका फाउंडेशन को इससे कोई भी दायित्व नहीं पड़ेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये सिफारिश

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 09/12/18	 Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.	 Shub Senkar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2
	