

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/12/8/1701		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 04/12/18			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम SAGIA KHATUN		AGE-YEARS वयु-वर्ष 44	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम AZAD RASHID		 			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान परा					
93 MOULANA SALIM ROAD, NEW MOOL BAZAR, NEAR MOORIA HIGH SCHOOL, KANAKHATI, KOLKATA, 700058, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवासस्थान परा					
OCCUPATION : व्यवसाय HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. : 8425 सहाय संकेत					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन करें) 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.	SAGIA KHATUN	44	F	SELF	
2.	AZAD RASHID	47	M	SPAN	
3.	MAYTAB RASHID	18	M	SPAN	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की वीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रत आदि प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रत आदि प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रत आदि प्रस्तुत करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये विधि का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/प्रीस्क्रिप्शन से सही की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LG (SUCCESSFUL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED और गई सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाला:

- 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 यहाँ 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 मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस मदद के लिए किसी भी प्रकार का प्रतिपूर्ति/बिमा/इन्सुरेंस कंपनी से नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)

- 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.
- 3) इस प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित कर, कचरापत्र द्वारा प्रसारण से मुझे विभिन्न विवरणों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचारित करने में मदद कर सकते हैं। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मैं अपने नाम से किसी भी "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद नहीं करूँगा।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउन्डेशन के ट्रस्टी के द्वारा प्रसारित कर दिया जायेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी को मैंने स्वीकार किया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँठ 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि मैं अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं करूँगा, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए मैंने अभी किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद नहीं मिलती है, तो मैंने अपना अधिकार सुरक्षित रखा है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव मेरे रोगी और मेरे हॉस्पिटल के बीच है, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रभावित नहीं है। इसलिए, मेरे रोगी के उपचार के लिए मैंने पूरी जिम्मेदारी ले ली है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

4/12/18

Dr. A. Kundu
MBBS, MS
Reg. No.-55127

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व प्रमाण पत्र संख्या

Shib Sankar Bagchi
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
जून व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2