

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE সহায়তা हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखपाल)		 Koshika foundation Building Block of life	
APPLICATION No. : आवेदन क्रमांक : K/1218/1704		APPLICATION DATE : आवेदन दिनांक 4/12/18			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम RANGABALA PARUI		AGE-YEARS वयस वर्ष 37	SEX लिंग F		
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम BHANU MONDAL				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासी पता BHUPANPUR, BHAGANIPUR, HAROA, NORTH 24 PARGANAS, 743445, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासी पता AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय HOME MAKER					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें) Yes / हाँ No / 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 से सम्बन्ध	
1.	RANGABALA PARUI	37	F	SELF	
2.	RAMEN PARUI	54	M	SON	
3.	SUMAN PARUI	51	F	SON	
4.	ANJALI PARUI	44	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्नलिखित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैकड की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये निम्नलिखित उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतिलिपि प्रस्तुत करें				
1.	THALASSEMIA - CATARACT - RP				
2.	SUGAR - RP (Diabetic)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 शुद्ध रूप में सहायता पद		

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 रूप से नहीं बताया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रपत्र नहीं भेजूँ, जो कि किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या जो कि भविष्य में मिलेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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) इससे सहमत हो चुका हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का प्रसारण मेरे उपचार के पूरा होने के बाद भी जारी रहेगा और मेरे उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए मैंने "कोशिका" को अधिकृत किया है। इस प्रपत्र के माध्यम से "कोशिका" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी को प्रसारित करने के लिए मैंने "कोशिका" को अधिकृत किया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)**

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate 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, हमारे द्वारा यहाँ दिये गए हस्ताक्षर के माध्यम से, हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र के माध्यम से स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनिवार्य है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा अनिवार्य सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव या प्रक्रिया के चयन का निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच होता है और इस पर "कोशिका फाउंडेशन" का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी और सुरक्षा के लिए ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/10/19	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 (Name of H.C. & Reg. No. with Stamp) हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) उन व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा सहमति)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती इंदरकर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती इंदरकर 2