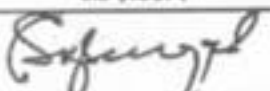


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : K/0119/2323		APPLICATION DATE : 07-01-2019			
NAME of APPLICANT : MANORANJAN NATH		AGE-YEARS : 64		SEX : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KRISHNAPADA NATH		PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 105, MAHARAJA PARK BALT-2 GOSABH, SOUTH 24 PARAGANAS, 742270 WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE		OCCUPATION : UNEMPLOYED		MAJURED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)		(आप का आय प्रमाण)	
PAN No. : [Blank]		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No	
[Blank]		[Blank]		[Blank]	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	MANORANJAN NATH	64	M	SELF	
2.	SATISHA NATH	58	F	WIFE	
3.	CHANDRA NATH	35	M	SON	
4.	ABHINAV NATH	32	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
[Blank]		[Blank]		[Blank]	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
सहायता हेतु किसे करने वित्त का उद्देश्य:					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1.	DEGENERATION - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SECS + LAL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त मिला है?					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
1.	[Blank]	[Blank]			
2.	[Blank]	[Blank]			
3.	[Blank]	[Blank]			
4.	[Blank]	[Blank]			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर: 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इस घोषणा करी "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त करूँगा, जो इस प्रकरण में मांग गयी है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रत्येक की नहीं है, इस राशि का अधिकतम या समस्त विस्तार किसी अन्य प्रोव्हाइडर/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार) 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 enable 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दम्पन, पत्र, दूरभाष एवं अन्य माध्यमों से जुड़ी वीडियो/चित्रों और उपस्थितियों में लाने किसी भी प्रकार सम्भव हो सके बिना मेरे लिए अधिकृत हैं। मैं इस प्रकरण का विवरण मेरी इस बात के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत हूँ। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं। मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" दम्पन उपाय न्यायी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार) 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. हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बंधित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्रदान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय भरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या विनिर्दिष्ट उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए प्रस्तावित	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04-01-2019	Dr. Anil Kumar MBBS, MS, FRCS Reg. No. 147 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 