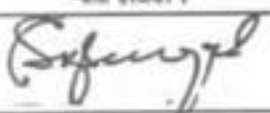


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0119/2387			APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 08/01/19			
NAME of APPLICANT : आवेदन का नाम Sikha Kundu			AGE-YEARS आयु-वर्ष 64	SEX लिंग F.		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम BATA KRISHNA DEY						
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता 36/14/18 HARESH TROGLE ROAD, VITHADIPURAM MAHARAJA ROAD, KOLKATA 700067 WEST BENGAL						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता — BS ABOVE —						
OCCUPATION : व्यवसाय HOUSE WIFE			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय NIL			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्पष्ट/खाली छोड़ें						
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावें)						
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 आवेदन के साथ सम्बन्ध		
1.	SIKHA KUNDU	64	F	SELF		
2.	REMA KUNDU	43	M	HUSBAND		
3.	NOME KUNDU	42	M	SON		
4.	GIITA KUNDU	38	F	DAUGHTER		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार						
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)		
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य						
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये निम्नी का उद्देश्य:						
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.					
2.	SURGERY - RE (SUCCESSION)					
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 सी गई सहायता राशि				

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही 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 बात को सत्यतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सही जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में मांग रखा है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र की गई है, उस राशि का अधिक या समतुल्य किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी 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 it's 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 it's 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 (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में बर्णित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू. द्वारा, या कदाचित् उनके उद्देश्य से कुछी पब्लिशिंग और डिस्ट्रिब्यूटिंग के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण से इस्तेमाल करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इलाज के खर्चे या चार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू. इसके ट्रस्टी 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. इससे अधिकृत, इलाज की ओर से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से नाम व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/अस्वीकार हेतु सम्पन्न नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदत्त उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का हस्पताल केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृती के लिए भेजना	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/01/19	Dr. Arghya Das MBBS, MS Reg. No. - 69372 (Name of Dr. & Reg. No. with Hospital Centre) डॉक्टर का नाम व हस्पताल का कोड नं.
Shihankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरिक्त उपयोग हेतु	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 