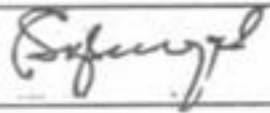


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)			
 Koshika foundation Building block of life							
APPLICATION No. : <u>K/0119/2554</u>		APPLICATION DATE : <u>16-01-2019</u>					
NAME of APPLICANT : <u>SANTA DAS</u>		AGE-YEARS <u>48</u>		SEX <u>F</u>			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>ARUN DAS</u>							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>1 NO 22ND WARD TRAMAR, 15/11 PANEHATE, HANASARA, NORTH 24 PARAGANAS, FOCIAS, WEST BENGAL</u>		 					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>MS ABOVE</u>							
OCCUPATION : <u>CONTRACT LABOURER</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>RS - 1400 x 12 = 16800/-</u>		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)					
PAN No. <u>XXXX XXXX</u>							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): यदि आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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.	<u>SANTA DAS</u>	<u>48</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>			
2.	<u>ARUN DAS</u>	<u>60</u>	<u>M</u>	<u>HUSBAND</u>			
3.	<u>ARPIYA CHAKRABARTY</u>	<u>25</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)			
Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1.	<u>DIAGNOSIS - CATARACT - RE</u>						
2.	<u>SURGERY - RE (3RD EYE)</u>						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED भी गई सहायता राशि				

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रस्ताव 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 बात को सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से सही का उद्देश्य है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में परामर्शित है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य की नहीं है, इस राशि का अधिक या कमता किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस 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 प्रस्ताव या अपने इससहायता पत्र में अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि और छवि के साथ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में शामिल हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों, दूर, या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य से मुझे लक्षित करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने से इजाजत देने के लिए अधिकृत है। मैं प्रस्ताव का विवरण मेरे इलाज के खर्च या करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" 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 प्रसारित है मुझे ज्ञात है: सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के लिये अंतिम और अंतिमकारी होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक की 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. इससे अधिकृत, इससहायता की और से प्राप्त/प्राप्त की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त से सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्दिष्ट अधिकृत/अनुमति हेतु मनाया नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी। 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किने गये उपकरण/उपकरण का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने की सटीक जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/04/19	Dr. Hari Shanker Bagchi MBBS, MS, (OPHTH) Reg. No. 65656 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप
Shish Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 