

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (सहाय्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/0319/2747		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 28/01/19					
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: MANJURANT PAL		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 68		SEX लिंग: F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम: MANIK PAL							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: PULI MAHAPAT-II SOUTH WY PAKHANA, WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: AS ABOVE.							
OCCUPATION: व्यवसाय: HOME MAKER.				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (नविवाहित): ☒ MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: NIL				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)			
PAN No. सत्याई खाता संख्या: [Blank]				☒			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो फॉर्म हो उस या सही का चिह्न लगाएं):				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.	MANJURANT PAL	68	F	SELF			
2.	KARALI DUTTA	45	F	DAUGHTER			
3.	POTUL KARMARAR	42	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ 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 साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE						
2.	SURGERY - LE (STC-120)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक डुग फोरम कर)

- 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 पर कबल यह कह रहा हूँ कि इस फॉर्म 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 सत्यापन कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में वर्णित है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिकतम या समस्त निशान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक डुग कर)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपने सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा प्रसारित करे और उससे संबंधित जानकारी को सहेजें और प्रसारित कर सकें। इस प्रकार का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी सहमति के किसी भी अन्य माध्यमों से प्रसारित करने से मेरी सहायता का अधिकार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यासीय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल डुग कर)

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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की और से गारंटी/लेन को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन/प्रक्रिया हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर सकते हैं। हमारा मतलब है कि हम सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हम सहायता हेतु उक्त रोगी/रोगी के लिए सिफारिश करते हैं कि हम सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर डुग पर यह सहायता या बिना हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के हलाक सुख और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्ताक्षर को होती हैं और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संलग्न

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/01/19	Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No. - 60578 (Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sanker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोग व रोग हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2