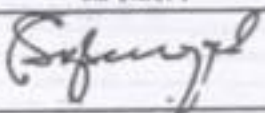


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0009/2748		APPLICATION DATE: 29/11/19					
NAME of APPLICANT: BHARAT CHANDRA PAUL		AGE-YEARS: 67		SEX: M			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NIROD RANJAN PAUL						 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MACHHALANDAPUR, BIRPUL, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AT ABOVE							
OCCUPATION: UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)					
PAN No. XXXX XXXX		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
				हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	BHARAT CHANDRA PAUL	67	M	SELF			
2.	SABITRI PAUL	58	F	WIFE			
3.	KESHOR PAUL	55	M	SON			
4.	ARUP PAUL	28	M	SON			
5.	RITIKOR PAUL	30	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र		अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र		उपभोग्य कार्ड		अन्य कोई साधन	
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:							
Sr. No.		Medical Reports/Prescriptions Attached					
क्रम संख्या		अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न					
1.		DIAGNOSIS - CATARACT - LE					
2.		SURGERY - LE (SECS - IOL)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
क्रम संख्या	अन्य स्रोत का नाम			करी गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है। 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में वर्णित है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो भुगतान ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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 fulfilment 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 is final and acceptable to me. 1) इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बु न्यासी, घर, स्वास्थ्य के दुरुपयोग से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का निरास होना या मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासीयों से सहायता के लिए अधिकृत है। 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है, मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं प्रदान करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बु न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदनक 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. इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित की "कोशिका फाउंडेशन" के निर्णय सहायता हेतु विचारणीय की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निरास होना या नाम से स्वीकार नहीं करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निर्णय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होवे/प्राप्त हो सके, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विचारणीय/निर्णयित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्णयित/अस्वीकृत हेतु अनुरोध नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल निर्णयित प्राप्त उक्त हेतु/प्राप्त हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता घोषित/प्रदान की जाती है। उन्हीं पर हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इसलिये हस्पताल में उन्हीं के द्वारा सुझाव और नाम लेने की सभी विधियों/उन्हीं एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भुविगत या विनिर्देशित इस सम्बंध में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए प्रस्तावित Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/04/19 Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No. - 80578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप Shib Sanker Bagchi Director (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 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 