

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/0110/2220 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 25/01/19 आवेदन तिथि:		 	
NAME of APPLICANT: LICHUGALA DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS 59 वयस वर्ष	SEX F लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PREMANANDA DAS पिता/पति का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PULBARA 0 HATKHOALA PARA, OTTAR HATGACHHI, SANDESHKHALI, NORTH 24 PARGANAS, 743492, WEST BENGAL वर्तमान निवास पता					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE स्थायी निवास पता					
OCCUPATION: HOUSE WIFE व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. [Blank] [Blank] [Blank] [Blank] [Blank] [Blank] [Blank] [Blank] [Blank] [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)					
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.	LICHUGALA DAS	59	F	SELF	
2.	PREMANANDA DAS	70	M	HUSBAND	
3.	PARAG DAS	32	M	SON	
4.	ABHIRAM DALE	35	F	DAUGHTER	
5.	KALU PADA DAS	37	M	SON	
6.	PRASANT DAS	30	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन धुची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS-CATARACT-RE				
2.	SURGERY-RE(SIC & IOL)				
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 हो गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा घोषणा करें):

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अन्य सहायता प्राप्त प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बतौर उद्देश्य दिया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग और प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" और इसके "ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का उपयोग इस प्रकार से किया जा सके, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, मुझे प्राप्त होने वाले सहायता के लिये मेरी जानकारी के अनुसार आवश्यक हो।

2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, मेरी सहायता के लिये मेरी जानकारी के अनुसार आवश्यक हो।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले और मेरे मामले/रोगी के "कोशिका फाउंडेशन" को लिखित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में लिखित सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये कोशिका फाउंडेशन से सहायता हेतु सिफारिश करते हैं, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा, हमें सहायता नहीं मिले। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा, हमें सहायता नहीं मिले, तो हम अपने मामले/रोगी के लिये सहायता हेतु अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश कर सकते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता हमें मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे मामले/रोगी के "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये, हम (हॉस्पिटल) अपने मामले/रोगी के लिये सहायता हेतु अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश कर सकते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 25/4/19	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, PhD, FRCR (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Bankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व हमारे अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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