

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K10910/1598		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 10/01/19			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : ARATI SANTARA		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60	SEX लिंग : F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम : UMA SANKAR SANTARA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता MANDRA, HAZRAH, ARAMBURH, HOOGHLY 712602, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता - AS ABOVE -					
OCCUPATION : व्यवसाय : HOUSEWIFE			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : RS 2000X12=24000			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई आय संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या 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	ARATI SANTARA	60	F	SELF	
2	UMA SANKAR SANTARA	66	M	HUSBAND	
3	SANJOY SANTARA	37	M	SON	
4	MAHADEB SANTARA	35	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विधि 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 (SCCS + IOL)				
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: (अवेदक 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 मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई गलत सूचना एवं कथन आगम पाया जाता है तो मेरी सहायता रद्द की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिली सहायता केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी सहायता से न लाभान्वित हो रहा हूँ, न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its 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 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान लगाकर, मैं (अवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को "कोशिका फाउन्डेशन" के नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, जहाँ "कोशिका फाउन्डेशन" अपने उद्देश्य के लिए मेरी जानकारी का उपयोग करेगी।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण केवल उद्देश्य के पूर्ति के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी 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 हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्त प्रकाश से सहायता न मांगते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरा अधिकृत अधिकारी या कोई भी अधिकृत अधिकारी "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्त प्रकाश से सहायता न मांगते हैं।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हस्ताक्षर हस्पताल के रोगी के इलाज सुझाव और अपने कर्तव्य को सही ढंग से निभाने के लिए है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/9/19	Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No. - 60578 Sri Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	Sh. Anker Hagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल 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
	