

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: १०/०९१७/१६६२		APPLICATION DATE: १२/९/१९			
NAME OF APPLICANT: ULLAS SARDAR		AGE-YEARS जन्म-वर्ष: ६३		SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SCHRIDAM SARDAR					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: JELIAKHALI, NORTH 24 PARAGANAS 743322, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: HOUSEWIFE				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 X 12 = 22800/-				(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. स्थायी छाठ संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो सत्य हो उस पर गहरी का निशान लगाएं): Yes / No हा / 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.	ULLAS SARDAR	63	F	SELF	
2.	GURU SARDAR	45	M	SON	
3.	GHAYA DAS	43	F	DAUGHTER	
4.	REHA SARDAR	40	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए 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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Ration Card (Attach Copy) उपपोसा 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 (SICE + 20%)				
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED ली गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रत्यक्ष 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यक्ष में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रत्यक्ष पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित करें, जो "उद्देश्य" के लिये "सहायता" माँगी जा रही है, और वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग कर सकते हैं, जिससे "कोशिका फाउन्डेशन" को दानों को माँगने और/या उसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी देना हो सके। इस प्रकार मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के भरोदारों के द्वारा किया जा सकता है, जो मेरी सहायता के लिये माँगी जा रही है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के भरोदारों के द्वारा किया जा सकता है, जो मेरी सहायता के लिये माँगी जा रही है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

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.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं कि:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगे, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से माँगी जा रही है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिले। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हमें सहायता नहीं देता, तो हमें सहायता माँगने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हमें सहायता माँगने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और उपचार का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" इसका कोई भी भूमिका नहीं लेता। इसलिए हस्पताल को रोगी के इलाज और उपचार का पूर्ण ज़िम्मेदार होना पड़ेगा और "कोशिका फाउन्डेशन" को इसका कोई भी भूमिका नहीं लेना पड़ेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery अवस्था की तारीख 12/2/19	Dr. Anil K. Singh Reg. No. 59300 Surgical Director & Research Centre	Shib Sankar Banerjee Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम यहाँ 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
	