

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1119/2094 APPLICATION DATE: 12/12/2019

NAME of APPLICANT: SANTOSH KANRAR AGE-YEARS: 78 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BABURAM KANRAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: DENUPUR, HADRA, 711411, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 X 12 = 22800/- (Attach Proof of Income)

PAN No. यदि खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

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.	SANTOSH KANRAR	78	M	SELF
2.	DEVIKANTI KANRAR	75	F	WIFE
3.	PRASENJI KANRAR	57	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) व्ययोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किन्ने गये विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Report/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SIKSTIOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्ती अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा)

- 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 बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन उपलब्ध पाया जाता है तो मेरी सहायता रद्द की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं सहायता हूँ, उक्त सहायता को उद्देश्य के पूर्ण रूप से ही हीन किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताना है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता हूँ और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपने ज्ञानकारी के पूर्ण रूप से "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रसारित हैं, उक्त "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, वरदान से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण मेरे उद्देश्य के पूर्ण रूप से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को नि:शर्कता से प्रसारित करने के लिए सहायता का हस्ताक्षर को बताना इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त माध्यमों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा)

- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से निर्णय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) विना प्रस्ताव से प्राप्त नहीं करती है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निर्णय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त उपलब्धता से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अधिकृत उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्णय अतिरिक्त/अन्य हेतु प्रदान नहीं किया जाय तो हमें सहायता किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में सत्य बताना है कि अत्यंत शिथिल पर उक्त उपलब्धता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता के लिए अधिकृत की है। मेरी न ही सहायता द्वारा ही मैं सहायता या निर्णय मेरे उपलब्धता का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर को प्राप्त का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा निर्णय प्रस्ताव का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में मेरी न ही सहायता सुरक्षा और अपने जाने की सही विधेयता लेने एवं हस्ताक्षर को लेनी और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या विधेयता इस मामले में नहीं लेनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/11/2019</p>	<p>Dr. Arghya Das MBBS, MR Reg. No. - 69372 Sur (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>abagel Ankur Begchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रूप में पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भारती हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भारती हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---