

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Minds of the Future	
APPLICATION No.: K/0717/0549		APPLICATION DATE: 11.07.17			
NAME of APPLICANT: BINA DEVI		AGE-YEARS: 53		SEX: F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: KASHINATH PRASAD					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 408, G.T. ROAD, B. GARDEN, HOWRAH MUNICIPAL CORPORATION, HOWRAH, 711003, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOUSE WIFE				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL				(Attach Proof of Income)	
PAIN No. समय रहित दर्द					
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.	BINA DEVI	53	F	SELF	
2.	ASHOK PRASAD	30	M	SON	
3.	HANU PRASAD	27	M	SON	
4.	BOBY PRASAD	23	F	DAUGHTER	
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		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेदिक/प्रीस्क्रिप्शंस संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 प्रस्ताव 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 मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में उल्लेखित हैं।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही किसी भी प्रकार की मदद ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति):

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में उल्लेखित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार का प्रयास कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रस्ताव में उल्लेखित हैं प्रसारित करने के लिये प्रयोग किए जा सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं तर्जनी का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति):**

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 की ओर से यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये प्रस्तावित है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता हमें प्राप्त नहीं होती, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम घोषणा करते हैं कि हमारा प्रस्तावित प्रसारण प्रसारण के लिये प्रयोग किया जा सकता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रदान की जाती है। रोगी का इलाज इस रोगी की सलाह पर किया जायेगा, जो कि रोगी और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" इस निर्णय को प्रभावित नहीं करेगा। इसलिए हमारा प्रस्तावित प्रसारण प्रसारण के लिये प्रयोग किया जा सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11.04.17	 Dr. Arindam Deb MBBS, DGO, FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील	 Shub Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2
	