

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika FOUNDATION Building Block of life	
APPLICATION No. : K/0717/0645		APPLICATION DATE : 17/07/17	
NAME of APPLICANT : USHARANI BAIDYA		AGE/YEARS : 64	SEX : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MUKUNDA LAL BAIDYA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 68 BEN STREET TARBAPUR PASCHIM PALY, PANIHATI (M), AGARTALA, NORTH 24 PARGANAS, FOOTONG, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : THE ABOVE			
OCCUPATION : HOUSE WIFE			
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)	
PAN No. : NOT SENT			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes ☒ No ☐			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	USHARANI BAIDYA	64	F
2.	MAROT BAIDYA	40	M
3.	APARNA BAIDYA	33	F
Relation with Applicant: SELF, SON, DAUGHTER IN LAW			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Aadhar Card Copy)	EWG Certificate (Aadhar Certificate Copy)	Ration Card (Aadhar Card)	Any Other Basis/Proof
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE		
2.	SURGERY - LE (SICS FIOL)		
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME PURPOSE from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED	

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 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 पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इससे सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ले जा रही हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य में नहीं, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या किसी और स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सामग्री को सुचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके पदाधिकारियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस द्वारा मैं प्रेषित है, उसे "कोशिका" एनएन आईसी, एन, सार्वजनिक स्थानों पर प्रदर्शन के जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे प्रदान के पत्रों या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व पदाधिकारियों को अधिकृत है।

2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सम्पन्न के प्रदर्शनों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सम्पन्न का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएन आईसी पदाधिकारियों का निर्णय अंतिम और सम्पन्नकारी होगा।

अमेरिका के इलाक़ों में अंग्रेज़ों का प्रभाव



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 अधिपत्र, इसकापी की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) पत्र प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमें वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/मरीज से लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उस को सहाय्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/व्यक्तता हेतु प्रस्ताव की बिना यह कि हमें उस व्यक्ति/व्यक्तता को सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पत्र में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बार उस रोगी/मरीज हेतु किसी और सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले/प्राप्त करेंगे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहाय्य केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या इसका/उस की यह सहाय्य या बिना हमें उपचार/चिकित्सा का प्रस्ताव देते एवं इसका/उस को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा/हमारे में रोगी को उपचार सुझा और जो कार्य की जारी बिना/बिना रोगी एवं इसका/उस की रोगी और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या बिना/बिना इस मामले में जारी करेगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त या निस्तान सगवये)		ACCEPTANCE सम्भ	REJECTION सम्भ
Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 12/02/18	 Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No. 58096 Sushut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्ताफा व सी. नं.	 Shiba Shankar Bagchi Director Sushut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्ताफा अतिरिक्त अतिरिक्ती	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED सन्तुष्टि	REJECTED अवमान्य	SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हलकर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हलकर 2
			