

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of life		
APPLICATION No.: K/0717/0649		APPLICATION DATE: 17/07/17		
NAME of APPLICANT: RAJIA RAM		AGE-YEARS: 65	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAJBALI RAM				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 25 B CHRISTOPHER ROAD, PREMIER NO. 010 NOS. 17-25H & 25K TO 29/9, 58 TANGRA, KOLKATA, 700046, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOUSE WIFE				
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)		
PAN No. (If any):				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	RAJIA RAM	65	F	SELF
2.	BAJURSH RAM	40	M	SON
3.	BAKEND RAM	32	M	SON
4.	SUMITRA RAM	35	F	DAUGHTER
5.	ROJANI RAM	32	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	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE (SIESTA 10L)			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वाय धेयस यः)

- 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) मै धेयस कल हूँ कि इस द्वाय मे लिने लो धोने विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मै द्वाय मे सहायता एत "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस द्वाय में पत्र पत्र है।
- 3) मै पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु पर उद्देश्य की पूर्ति है, उस एत का अधिक या कमरा बिना किसी अन्य प्रोडिगिबेकनयोन कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वाय कल)

- 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 from 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वाय पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोषीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे पत्र, पत्र, फोटो और मेरे विवरण इस द्वाय में धेयस है, उसे "कोशिका" एम्प्लाय, दूर, कथन/चित्र जहाँ जहाँ से मुझे पत्र/विषयों और उपलब्धियों के लिये बिना मेरे अज्ञात रूप से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वाय का निशान मेरे द्वाय के पत्रों या कारों के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि पत्र, पत्र, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लाय उसमें प्रतिक्रिया का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वाय कल)**

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से धेयस/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता बिना के साधक को हमसे अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, केवल कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया उस के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाय पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाय सहायता बिना अधिकृत/प्रक्रिया हेतु पत्र नहीं किया जाय है तो हस्पताल बिना अन्य के साधक को हमसे बिना अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि हस्पताल वित्तीय पत्र उस रोगी/रोगी हेतु बिना के साधक को हमसे बिना अन्य सहायता से नहीं लेना/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वाय ले गई सहायता या बिना के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाय बिना के प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के हित सुना और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)

ACCEPTANCE

मन्सू

REJECTION

नमन्सू

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/07/18

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No.-58090
Srinist Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
सहायक का नाम व हस्ताक्षर व छिद्र, व.

Shri Sankar Bagchi
Director
Srinist Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
कम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मन्सूक उपयोग हेतुSIGNATURE of TRUSTEE 1
नम्मी हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
नम्मी हस्ताक्षर 2SANCTIONED
वस्तुREJECTED
नमन्सू