

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of life		
APPLICATION No. : K/0717/0651		APPLICATION DATE : 17/08/17		
NAME of APPLICANT : AMAR KUMAR SEN		AGE-YEARS : 63	SEX : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HARI BHADHAN SEN		 		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : TEGHARIYA MONDAL PARA, HATARA, RAJARHAT, GOPALPURM, NORTH 24 PARGANAS, 700150, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE				
OCCUPATION : RICKSHAW DRIVER				
TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1500 X 12 = 18000/-		(Attach Proof of Income)		
FAN No. and Date of Birth				
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.	AMAR KUMAR SEN	63	M	SELF
2.	SUMITA SEN	56	F	WIFE
3.	ANIRBAN SEN	33	M	SON
4.	ABIR SEN	27	M	SON
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 (3RS + 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 द्वा पेश कर)

- 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 यह कह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन मान्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ले रहा हूँ, इसका उपयोग सही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस यहाँ का अधिक या कमरा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वा कर)

- 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/print-out/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 donation 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति को दृढ़ करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" एम्प्लॉयर, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से मुझे भविष्य में और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर इसके अधिकारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वा कर)**

- 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 की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) किम प्रकार से सत्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में लेने या ले रहे हैं, बसो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उसको सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/कमल हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा सिफारिश प्रारंभ उसको सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना गले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निस्त या निस्तान लगाने)

ACCEPTANCE
सम्मत

REJECTION
नस्न

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/08/18

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O, FRCS
Reg. No. 58096
Sush Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप, व

Dr. Sankar Bagchi
Director
Sush Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्याह हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्याह हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
नस्न