

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सहायता)



Koshika
Foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. : 11/0717/0655 APPLICATION DATE : 17.07.17

NAME of APPLICANT : MANOROMA BISWAS AGE-YEARS 67 SEX F

FATHER/HUSBAND'S NAME : ASIT BISWAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KANKURIA HATIPUR, KHALISADI, NORTH
24 PERGANAS, 743425, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : SAME 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 / हाँ / No / नहीं

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	MANOROMA BISWAS	67	F	SELF
2	MONON BISWAS	45	M	SON
3	MANASI BISWAS	25	F	DAUGHTER
4	TAPOSI BISWAS	22	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवश्यकता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (अवकाश पर कोई प्रमाण पत्र प्रमाणित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (अवकाश पर कोई प्रमाण पत्र प्रमाणित करें)	Ration Card (Attach Copy) अवकाश कार्ड (अवकाश पर कोई प्रमाण पत्र प्रमाणित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे कि प्रमाणित करें:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached प्रमाणित/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जो कि प्रमाणित करने के लिए
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (LICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त किया गया है?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कितनी राशि सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यर फेरक यर)

- 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) मै फेरक करत हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मै ह्यर को सहायता यदि "कॉशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इस उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में कहा गया है।
- 3) मै पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक की नहीं है, उस यदि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यर करत)

- 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 प्रकरण का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कॉशिका" एनएचआर, दान, पत्राचार वगैरें जहाँ जहाँ से मुझे चिकित्सीय और आर्थिक सहायता के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" में प्रयोग अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एनएचआर भरोदारों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्यर करत)**

- 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.

हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से कार्यवाही करने की "कॉशिका फाउन्डेशन" से निहित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि मैं तो वर्तमान और भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोग के लिये नहीं ले रहा हूँ, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उस के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अन्य हेतु प्रमाण नहीं दिया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इसी प्रकार उस रोगी/रोग हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहा होगा।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज ह्यर को सौंपा जा किने लगे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज गुणवत्ता और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त या निरस्त सहायता)

ACCEPTANCE
सम्मत

REJECTION
निरस्त

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/08/18

Arindam Deb
MBBS, D.O., FRC3
Reg. No.-58096
Sankar Bagchi Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व

Shib Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मनीषक उपयोग हेतु

SANCTIONED
सम्मत

REJECTED
निरस्त

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नम्बरी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नम्बरी हस्ताक्षर 2