

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Block of Life		
APPLICATION No.: K/0717/0657		APPLICATION DATE: 17/04/17		
NAME of APPLICANT: PRAMILA MANNA		AGE-YEARS: 70	SEX: F	
FATHER/HUSBAND'S NAME: GOPAL MANNA				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PART NO - 129, MOHANPUR, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: THE ABOVE				
OCCUPATION: HOUSE WIFE				
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)		
PAN No. XXXX XXXX				
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.	PRAMILA MANNA	70	F	SELF
2.	ACHED MANNA	44	M	SON
3.	MINALI MANNA	47	F	DAUGHTER
4.	NIYATI MANNA	37	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 - LE			
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING KNILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING KNILED		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा सत्य नहीं है तो मेरी आवेदन पत्र को वापस कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रकरण में पत्र में बताया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

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 प्रकरण में मेरा हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक की छवि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषणा करें, उन्हें "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, संचारक या अन्य माध्यम से सुदूर दूरदर्शन और दूरदर्शकों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के पत्र में या मेरे कार्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रसारित किया जा सकता है। इस प्रकरण में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, संचारक और अन्य माध्यमों का उपयोग करके प्रचार किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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.

हम यहाँ घोषणा करती हैं, हमारे द्वारा हस्ताक्षर की गई "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विवरण को सही है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सहायता ले रहे हैं:

1) यह कि हम न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें सहायता नहीं देता है, तो हमें इस सहायता को किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत हमें यह भी घोषणा करनी है कि हमें सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना चाहिए।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हमारे द्वारा की गई सहायता या किसी भी अन्य सहायता का चुनाव हमारे और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। इसलिए हमें हमारे या हमारे द्वारा की गई सहायता को हमारे और "कोशिका" को कोई भी प्रचार या प्रचार नहीं है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृति/निरास का निशान लगायें)

ACCEPTANCE

समर्थन

REJECTION

निरास

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/08/18	Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No.-58096 Sri Sri Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. Sankar Bagchi Director Sri Sri Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निरास	SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2