

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)



APPLICATION No.: K/1018/1043 APPLICATION DATE: 09.10.17

NAME of APPLICANT: NANTU DAS AGE-YEARS: 50 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUNIL DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 40, PASCHIM ARAMBOR CHRISTIAN PARA, GOSABA, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1500 x 12 = 18000/-

PAN No. 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	NANTU DAS	50	M	SELF
2	ANJALI DAS	43	F	WIFE
3	KUNAL DAS	20	M	SON
4	MRINAL DAS	17	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 (SI & TOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
---------	----------------------	------------------------------------

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी में सचुत रूप में सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन सत्य रूप में सही है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या अन्यथा किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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 to 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 प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत होकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बताये गये हैं, कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों के द्वारा किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ। इस प्रपत्र पर सहमत होकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बताये गये हैं, कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों के द्वारा किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों के द्वारा किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ। इस प्रपत्र पर सहमत होकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बताये गये हैं, कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों के द्वारा किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

- 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.
- इससे अधिकृत, हॉस्पिटल की ओर से नामित/नियुक्त की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/संस्था से किसी अन्य रोगी के लिए अनुरोध कर रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु अनुरोध कर रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनुरोध की गई सहायता पूरी नहीं मिलती है, तो हम अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दस्तावेज़ में हम यह स्वीकार करते हैं कि कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी का इलाज हमारी ओर से होगा और हमारे पास रोगी की देखभाल करने की पूरी जिम्मेदारी होगी। हम "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं देने देंगे।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निस्त का निराकरण सहमत)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09.10.17	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, FRCR, FRCO, FRCR Reg. No. 12345 Sund Eye Foundation (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Dr. Alok Agrawal Director Sund Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निरस्त		