

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

Koshika  
Foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. : K/0118/1696 APPLICATION DATE : 08/01/18

NAME of APPLICANT : KAMALA DOLUI AGE-YEARS : 73 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NIRMAL DOLUI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : TANGRA, KOLKATA, 700015, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)

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.      | KAMALA DOLUI          | 73          | F      | SELF                    |
| 2.      | RAMKRISHNA DOLUI      | 48          | M      | SON                     |
| 3.      | MEENA DOLUI           | 45          | F      | DAUGHTER                |
| 4.      | MEENA DOLUI           | 42          | F      | DAUGHTER                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

|                                |                                              |                                   |                       |
|--------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy) | Ration Card<br>(Attach Card Copy) | Any Other Basis/Proof |
|--------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

| Sr. No. | Medical Reports/Prescriptions Attached |
|---------|----------------------------------------|
| 1.      | DIAGNOSIS - CATARACT - LE              |
| 2.      | SURGERY - LP (SICS+IOL)                |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा है।

- 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 दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से, या उसके कुछ हिस्से से, या इस सहायता का उपयोग करके किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से जो भी राशि है और जो भी बीमा में मिले।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)**

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/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 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 fulfilment 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके निदेशकों" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में दर्शाया है, उस "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिये प्रसारित और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र में बताए गए उद्देश्य के अंतर्गत मेरे नाम के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित किया जायेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस प्रपत्र पर "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का प्रसारण और प्रकाशित होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)**

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.

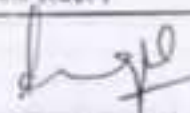
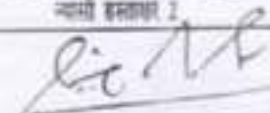
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता देने की "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रकारित करने के लक्ष्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हो गई है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु प्रपत्र को बिना स्वीकार है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अंतर्गत कहा जाता है कि सहायता द्वितीय चरण तक सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन में नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संगठन प्रदान करती है। यदि या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना उसे उपचार/उपचार का चुनाव सही एवं हस्पताल को सही का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में सही के इलाज शुरू और जारी करने की सभी जिम्मेदारियां सही एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियां इस मामले में नहीं होंगी।

| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)<br>संस्तुति (स्वीकृति/निरस्त का विवरण लगायें) |                                                                                                                                  | ACCEPTANCE<br>मान्य                                                                                                                                                                   | REJECTION<br>निरस्त |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>08/01/18                                                             | Dr. Arindam Deb<br>MBBS, DD, FRCS<br>Reg. No. 58098<br>(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील है | Dr. Gankar Bagchi<br>Director<br>Koshika Foundation & Research Centre<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |                     |

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

|                     |                    | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>नामों हस्ताक्षर 1                                         | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>नामों हस्ताक्षर 2                                           |
|---------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| SANCTIONED<br>मान्य | REJECTED<br>निरस्त |  |  |