

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No. : K/1218/1740				APPLICATION DATE : 05/12/18	
NAME of APPLICANT : BANDANA DALUI				AGE-YEARS : 55	SEX : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RAMEN DALUI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>DOLUI KAMALDHAR, TEHATA, KANTABERIA, DEUDHERIA, HOWRAH, J-1316, WEST BENGAL</u>				 	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>AS ABOVE</u>					
OCCUPATION : HOUSE WIFE				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL				(Attach Proof of Income)	
PAN No. <u>XXXX XXXX XXXX</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <u>Yes</u> ☒ <u>No</u> ☐					
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	BANDANA DALUI	55	F	SELF	
2.	RAMEN DALUI	67	M	HUSBAND	
3.	PRADIP DALUI	33	M	SON	
4.	KRISHNIA RAO	28	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:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	DIAGNOSIS - CATARACTE				
1.	SURGERY - LE (SICS + IOL)				
2.					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
1.					
2.					

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं इसे प्रपत्र में लिख भी नहीं सकता हूँ।
- 2) मैं इस प्रपत्र में घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में दिये गये उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिक या कम किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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.
- 3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मोहरे की जाय जानकारी, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, मोहरे और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख है, इसे "कोशिका" एम्प्लू मीडिया, पत्र, पत्रिकाएं एवं इंटरनेट से मुझे प्रचारित करने के लिए प्रयोग कर सकें। इस प्रपत्र पर मेरे विवरण को प्रयोग के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मुझे अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, मोहरे और विवरण जो कि सहायता के प्रयोग के लिए उल्लेख है, मुझे सहायता का प्रयोग नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू उम्मीदवारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

- यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की और से घोषणा करने की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र से प्राप्त न कर सकें।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए या तो ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी सहायता/सहायता हेतु प्रदान की जाय तो हम सहायता के लिए हमारे सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रपत्र में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता वित्तीय प्रपत्र उस रोगी/रोगी के लिए सिफारिश करने का किसी अन्य सहायता से नहीं संभव है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संस्था वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या सहायता प्रपत्र में उल्लेख है कि हमें हमारे सहायता/सिफारिश का प्रयोग करने एवं सहायता को बीच का निशान है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तीय प्रपत्र का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए सहायता में रोगी के सहायता प्रपत्र और अन्य सहायता की सहायता वित्तीय प्रपत्र में उल्लेख है और "कोशिका" को कोई प्रभाव या सिफारिश इस सहायता में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए प्रस्तावित**

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नंबर Dr. Anandam Deb Reg. No. 5088 Rajya Chikitsa Sanstha	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी Dr. Sanjay Sankar Bagchi Director Rajya Chikitsa Sanstha
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 [Signature]
---	---