

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन फार्म)	
					
APPLICATION No.: K/1218/1248		APPLICATION DATE: 05/12/18			
NAME of APPLICANT: ARATI BHAKTA		AGE-YEARS: 68		SEX: F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: PRAFULLA BHAKTA					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: JAGANATH PUR, HOWRAH, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)			
PAN No. [Blank]					
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.	ARATI BHAKTA	68	F	SELF	
2.	KHUKUMANT BHAKTA	45	F	DAUGHTER	
3.	MANANT BHAKTA	41	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 - CATARACT - RE				
1.					
2.	SURGERY - RE (SICS+IOL)				
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: (अर्पणक 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 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 यह प्रपत्र निरस्त किया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस प्रपत्र के लिए मैं भविष्य में किसी भी प्रकार की रकम के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख है, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों द्वारा लोगों को दानों के लिए या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी के लिए प्रसारित कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार की मदद के प्रसारित करने से मुझे कोई भी अधिकार नहीं है। कोशिका फाउंडेशन के भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ नीचे के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सत्य माना जा रहा है।

- 1) वह कि हम अभी कोशिका और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की रकम के लिए कोशिका फाउंडेशन से ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता मिली बिना हमारा प्रस्ताव ही नहीं होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता हमें मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है। कोशिका फाउंडेशन के भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुद्धि

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 05/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व संकेतक नं. और छाप Dr. Indrajit Deb MD, FRCS Surgical Oncology Research Centre	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी Sanjay Begchi Director Surgical Oncology & Research Centre
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर
---	---