

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Health of the Nation	
APPLICATION No.: K/1218/1845		APPLICATION DATE: 10/12/18			
NAME of APPLICANT: KAMALA SARDAR.		AGE-YEARS 60	SEX F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BATAKRISNA SARDAR.				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: GOYATA PARA, DARGA PARA, NATIA-1, CANNING, SOUTH 24 PARGANAS, PIN-743009, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: HOUSE WIFE.					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL					
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 SARDAR	60	F	SELF	
2.	BATAKRISNA SARDAR	71	M	HUSBAND	
3.	SANJAY SARDAR	28	M	SON	
4.	LIPU SARDAR	24	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					
1. DIAGNOSIS - CATARACT - LE.					
2. SURGERY - LE (SURRETIC)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक 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 उसे खारिज किया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को ध्यानपूर्वक जानता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में उल्लिखित उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या इस प्रपत्र के माध्यम से, इस रोग के इलाज के लिए अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता लूँगा और न ही बीमा में दावा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा सहमति)

- 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.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसेमंद" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा या उनके द्वारा, कानूनन रूप से स्वीकृत के बिना किसी भी शर्त के उपयोग के लिए कर सकते हैं। इस प्रपत्र पर मेरी छाप के बिना "कोशिका फाउंडेशन" मेरी छाप नहीं कर सकता है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के उपयोग के लिए किया जा सकता है। इस बात से मेरी "कोशिका" द्वारा या उसके द्वारा किसी भी शर्त के बिना अधिकृत नहीं कर सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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 कर रहे हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से निराश हो जायेंगे, यदि हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रपत्र के माध्यम से सहायता मांगते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त होगी, जहाँ तक कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें अपने खर्च को किसी अन्य स्रोत से पूरा करना होगा। यह पुष्टि करता है कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता मांग रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मांगी जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज प्रपत्र में उल्लिखित उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में माँगा गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत व्यक्ति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., MRCGS (Name of Dr. & High. No. with Stamp) सहायक डॉ. का नाम और उच्च नं. के साथ स्टैम्प	Dr. B. Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी
--	--	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 जहाँसे हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 जहाँसे हस्ताक्षर 2