

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Health of the Nation	
APPLICATION No.: K/12811850		APPLICATION DATE: 10/10/18		 	
NAME of APPLICANT: ADYA DAS.		AGE-YEARS 57			
FATHER/SPOUSE'S NAME: KAMAL DAS.		SEX F.			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: RAJARHAT, PICHINDUR, NORTH 24 PARGANAS, 740135, WEST BENGAL.		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE.			
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)			
PAN No. XXXX XXXX XXXX					
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.	ADYA DAS	57	F	SELF	
2.	SUNITA DAS	30	F	DAUGHTER	
3.	SUNITA DAS	30	F	DAUGHTER	
4.	RAJBA DAS	27	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card		EWS Certificate		Ration Card	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
1. DIAGNOSIS- CATARACT- L.E.					
2. SURGERY- L.E (SICS+IOL)					
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पण करने वाले)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य न माना जाय तो उसे खारिज किया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात का आग्रहपूर्वक निश्चय करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँ और भविष्य में भी नहीं ले सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण करने वाले)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ सहमत होकर और "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में जोड़ा है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित, दूर, संचारण द्वारा प्रसारण से मुझे और अन्य लोगों को दिये बिना भी प्रसारण करने में सक्षम होंगे। इस प्रकार का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जा सकता है।

2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रसारित करने से मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं मिलेगा। इस मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी को अंतिम और स्वीकार्य माना जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पण करने वाले का हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा)**

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.

इससे अधिकृत, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से हमें वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया जा रहा है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से अनुरोध किया जा रहा है, जिसकी सीमा "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के बराबर है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता हमारे अनुरोध के बराबर नहीं है, तो हम स्वतः शेष राशि को किसी अन्य स्रोत से पूरा करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस प्रकार हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने से स्वतः स्वीकार करते हैं कि हमारा चिकित्सा प्रबंधन केवल हमारे और रोगी के बीच है और "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी भूमिका नहीं है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें केवल वित्तीय सहायता मिलेगी। रोगी का उपचार प्रारूप केवल रोगी और हस्पताल के बीच है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय है। इसलिए हस्पताल के चिकित्सकों का चयन और उपचार के निर्णय "कोशिका फाउंडेशन" से स्वतंत्र हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत करने वाले के लिए

Date of Surgery अपेक्षित की तिथि 16/12/18	Dr. K. Thangaraj MBBS, D. Sc. (Name of Doctor & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम और छाप	Sankar Singh Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी
---	---	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आरोपित 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आरोपित 2