

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/1218/1851		APPLICATION DATE: 10/12/18	
NAME of APPLICANT: MITHU BASU		AGE-YEARS: 50	SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BYOMKESH BASU			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: GHOSH PARA BANSILA VIVEKANANDA PARK PANIHATI, NORTH 24 PARAGANAS, 733112, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED (निपटित) / UNMARRIED (अनिपटित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)	
FAN No. (यहाँ चिह्न दें)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	MITHU BASU	50	F
2.	BYOMKESH BASU	61	M
3.	SUDIP BASU	23	M
4.	SUNANA BASU	24	F
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- RE.			
2. SURGERY- RE (Surgical)			
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
NAME of OTHER SOURCE			
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED			

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 स्पष्ट करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य-असत्य प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल प्रश्न में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ स्पष्ट करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भुगतान करूँगा, न ही भविष्य में भुगतान करूँगा, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो भुगतान करूँगा और न ही बीमा के तहत।

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/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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (अर्पण करने वाले) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में बताये हैं, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रश्न का उद्देश्य मेरी सहायता के लिए या मेरे नाम से मेरी सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को प्रेरित करने के लिए अधिकृत है।

2) मैं (अर्पण करने वाले) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने के लिए मैं स्वीकार करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" को प्रेरित करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित कर सकें।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पण करने वाले का हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की है, जब तक कि हम "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए अनुरोध नहीं करते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतराल को भरने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस तथ्य के बावजूद कि हम स्वीकार करते हैं कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है, हम स्वीकार करते हैं कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, उसे हम (हॉस्पिटल) इस बात से स्वीकार करते हैं कि हमने अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव केवल अपने डॉक्टर की सलाह पर किया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता को प्रभावित नहीं करता है। हमारे डॉक्टर और हमारे डॉक्टर की सलाह को प्रभावित नहीं करता है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 10/12/18	Dr. K. G. ... MBBS, DNB, ... (Name of Reg. & Reg. No. with Stamp) ...	Dr. Shikhar Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) ...
--	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्पण करने वाले 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्पण करने वाले 2