

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation <i>Building blocks of life</i>	
APPLICATION No.: K/1218/1853		APPLICATION DATE: 10/12/18			
NAME of APPLICANT: KAMALA MANDAL		AGE-YEARS 70	SEX F		
FATHER/SPOUSE'S NAME: TARAPADA MANDAL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 121 RAJ TANKUR ROAD, KAMALHATI, DARSCHINESWAR, NORTH 24 PARGANAS, 740016, HOUST BBA/613					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED (पतिव्रत) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)			
PAN No. XXXX XXXX XXXX		TICK / NO			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)					
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1	KAMALA MANDAL	70	F	SELF	
2	TARAPADA MANDAL	81	M	HUSBAND	
3	SURJA MANDAL	46	M	SON	
4	SUNIL MANDAL	41	M	SON	
5	RITA MANDAL	39	F	DAUGHTER	
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					
Sr. No.	1. DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.				
Sr. No.	2. SURGERY - L.E. (GCS + 100)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

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 insurance/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दूँगा तो मेरा प्रकरण तथा सहायता का प्रदान होना रद्द हो जाएगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस रकम का वापस किया जाने वाला कोई भी भुगतान किसी भी अन्य बीमा/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रकरण पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, दूर, सार्वजनिक रूप से प्रदर्शन करें, प्रसारित करें और प्रसारित करें, जो कि मेरे उपचार के पूर्ण होने के लिए आवश्यक है। मेरे उपचार या निवारण के उपचार के पूर्ण होने या मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलने के बाद भी ऐसा किया जा सकता है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को प्रदान करने के लिए है, यह सहायता का प्रदान नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता को अंतिम और अविभाज्य माना जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 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.

इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता मांग रहे हैं, जब तक कि हमें कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मिलती। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं मिलने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दस्तावेज़ के अंतर्गत यह बात है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम (हॉस्पिटल) इस बात से सहमत हैं कि हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने का पूर्ण अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी दबाव नहीं है। इसलिए हमारा यह फैसला कि सहायता प्रदान करने या नहीं करने का निर्णय हमारे द्वारा ही लिया जाएगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं होगी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपेक्षित की तिथि 10/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., DNB, FRCS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का नाम, पद और मुद्रा	Shib Sankar Begchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का नाम, पद और मुद्रा
---	--	---

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

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