

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: K/128/1852		APPLICATION DATE: 10/12/18					
NAME of APPLICANT: BASANTI DAS.		AGE-YEARS 43		SEX F.			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: PANIBHUCAN DAS.						 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: CHANDAN CHANDAN DUKUR, BASUHAAT-II, NORTH GUJARATI, WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -							
OCCUPATION: HOUSE WIFE.							
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)							
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL.				(Attach Proof of Income)			
PAN No. XXXXXX1234				(अपना नाम भरें)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				Yes / No			
☒ Yes (हाँ) ☐ No (नहीं)							
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	PANIBHUCAN DAS.	43	F	HUSBAND			
2.	CHANDAN DAS.	52	M	SON			
3.	PARBATH DAS.	41	M	SON			
4.	LENA DAS.	18	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
☒ BPL Card (Attach Card Copy) (अपनी कार्ड की प्रतियाँ जोड़ें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (अपनी प्रमाणपत्र की प्रतियाँ जोड़ें)		☐ Ration Card (Attach Copy) (अपनी राशन कार्ड की प्रतियाँ जोड़ें)		☐ Any Other Basis/Proof (अन्य कोई आधार)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु दिने गले निम्नलिखित कारण:							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE.						
2.	SURGERY - RE (SICIL + FOL)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका फ़ाउंडेशन के लिए)

- 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.
- 4) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस फ़ॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी अर्शिका फ़ाउंडेशन को ख़तरा है।
- 5) मैं इस फ़ॉर्म में अर्शिका फ़ाउंडेशन, से सहायता माँग रहा हूँ, जो कि सही है, क्योंकि मैंने इस सहायता को प्राप्त करने के लिए निम्नलिखित कारणों, को इस फ़ॉर्म में उल्लेख किया है।
- 6) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से इस उद्देश्य को पूरा कर रहा हूँ, जो कि सही है, और मैं इस सहायता को किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फ़ाउंडेशन के लिए)

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 फ़ॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ, मैं (अर्शिका फ़ाउंडेशन के लिए) यहाँ पर सहमत हूँ कि मैं "अर्शिका फ़ाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फ़ॉर्म में प्रयोग करें, जो कि सही है, और "अर्शिका फ़ाउंडेशन" द्वारा माँगी गई सहायता को प्राप्त करने के लिए निम्नलिखित कारणों, को इस फ़ॉर्म में उल्लेख किया है।

2) मैं (अर्शिका फ़ाउंडेशन) और मैं सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रयोग कर सकते हैं, जो कि सही है, और मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए निम्नलिखित कारणों, को इस फ़ॉर्म में उल्लेख किया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका फ़ाउंडेशन के लिए मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा



AGREEMENT by HOSPITAL (अर्शिका फ़ाउंडेशन के लिए)

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.

यहाँ पर हस्ताक्षर, हमारे द्वारा यह स्वीकार किया जाता है कि "अर्शिका फ़ाउंडेशन" से वित्तीय सहायता से निम्नलिखित रोगी को सहायता दी जा रही है, जो कि सही है, और (अर्शिका फ़ाउंडेशन) से सहायता माँगी गई सहायता को प्राप्त करने के लिए निम्नलिखित कारणों, को इस फ़ॉर्म में उल्लेख किया है।

1) यह कि मैं या मेरा अर्शिका फ़ाउंडेशन से वित्तीय सहायता से निम्नलिखित रोगी को सहायता माँगी गई सहायता को प्राप्त करने के लिए निम्नलिखित कारणों, को इस फ़ॉर्म में उल्लेख किया है। और "अर्शिका फ़ाउंडेशन" द्वारा माँगी गई सहायता को प्राप्त करने के लिए निम्नलिखित कारणों, को इस फ़ॉर्म में उल्लेख किया है।

2. "अर्शिका फ़ाउंडेशन" से सहायता माँगी गई सहायता केवल वित्तीय सहायता है। रोगी का इलाज इस रोगी के चिकित्सक के निर्देशानुसार होगा और इस सहायता का उपयोग केवल वित्तीय सहायता के लिए ही किया जा सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्शिका फ़ाउंडेशन के लिए अनुमति

Date of Surgery अर्शिका फ़ाउंडेशन की तारीख 10/12/18	Dr. Ghosh MBBS, DNB, FRCS (Name of Dr. & Register No. with Stamp) Susrat Eye Hospital & Research Centre	Shib Sanker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) एन ए एच अर्शिका फ़ाउंडेशन के लिए
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका फ़ाउंडेशन के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शिका फ़ाउंडेशन 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शिका फ़ाउंडेशन 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>