

Koshika foundation Building Block of Life.				
APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				
APPLICATION No.: K/1248/1890	APPLICATION DATE: 11/12/18			
NAME OF APPLICANT: SONDHA DAS.	AGE-YEARS 62 SEX F.			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NETAICHANDRA DAS.	PARENTS' ADDRESS: BANKISWA DAILY MATHANIGRAM RD, BARASAT NORTH 24 PARGANA, HOBBY WEST BENGAL. PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -			
OCCUPATION: HOUSE WIFE.	MARRIED / UNMARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL	(Attach Proof of Income)			
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.	SONDHA DAS	62	F	SELF
2.	NETAICHANDRA DAS	64	M	HUSBAND
3.	ADARSH DAS	29	M	SON
4.	DRIKSHA DAS	25	F	DAUGHTER
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)	EPL Card (Attach Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	TRACHOMA - CATARACT - L.E.			
2.	SURGERY - LE (Cataract)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES?				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदन करने वाले के लिए)

- 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.
- 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.
- 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.
- 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 मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में दिये गये उद्देश्य के लिए ही करना होगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भविष्य में, अपने भुगतान के लिए, अपने नियोक्ता या अन्य किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो भुगतान लेऊँगा और न ही भुगतान लेने की कोशिश करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले 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.

- इस प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख है, उसे "कोशिका" फण्ड, प्रिंट, पत्र, इलेक्ट्रॉनिक मीडिया, वगैरह के माध्यम से प्रचारित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का निशान मेरी इच्छा के बिना या मेरी प्रपत्र के बिना मैं किसी भी "कोशिका फाउंडेशन" से मदद नहीं ले सकूँगा।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी भुगतान के प्रचारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रपत्र के बिना मैं "कोशिका" फण्ड, प्रिंट, पत्र, इलेक्ट्रॉनिक मीडिया और अन्य मीडिया के माध्यम से मदद नहीं ले सकूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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:

- 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.
- 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 करता हूँ कि हम और हमारे भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले सकेंगे, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें वित्तीय सहायता नहीं देता, तो हमें अपने भुगतान को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद लेने की आवश्यकता होगी।

- वित्तीय सहायता केवल वित्तीय सहायता है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा रोगी के उपचार के लिए सलाह दी गई प्रक्रिया/प्रक्रिया कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं होगी। इसलिए, कोशिका फाउंडेशन को उपचार के लिए कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं होगी।
- "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में दिये गये उद्देश्य के लिए ही करना होगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में दिये गये उद्देश्य के लिए ही करना होगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/12/18	Ghosh MBBS, DNB, FRCS (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) Susrul Eye Hospital	Eshwari Eshwari Senkar Bagchi Director (Name, Designation & Signature of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आवेदन करने वाले के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2