

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : K/1218/1903		APPLICATION DATE : 11/12/18		 Koshika Foundation Building block of life	
NAME of APPLICANT : NODE DOLUI		AGE-YEARS : 59			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LAXMAN DOLUI		SEX : M			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 05A, LIBRAJI DIXIT ROAD, ULTANAGAR MAIN ROAD, KOLKATA 700057, WEST BENGAL.		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE			
OCCUPATION : LABOURER		MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित)		 	
TOTAL ANNUAL INCOME : Rs 1200 x 12 = 21600/-		(Attach Proof of Income)			
PAN No. : 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.	NODE DOLUI	59	M	SELF.	
2.	SUNITA DOLUI	41	F	WIFE.	
3.	RUNITA DOLUI	19	F	DAUGHTER.	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	1. THROMBOSIS - CHARTER. LE.				
Sr. No.	2. SURGERY - LE (GASTRO)				
ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा:

- 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 नहीं माना जाय तो उसे ग्राहकता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या तो पूर्ण रूप से या तो आंशिक रूप से मदद प्राप्त करने के लिए नहीं आया करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदनक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/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 मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टी "कोशिका फाउंडेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए उपयोग करने के लिए अधिकृत हैं, जो मेरी मदद के लिए है, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी के द्वारा उपयोग करने के लिए अधिकृत है।
- 3) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी के द्वारा उपयोग करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएँ 엄지 انگुठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल 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.

हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से हमें वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया जा रहा है।

- 1) यह कि हम (हस्पताल) और हमारे भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने के लिए हम (हस्पताल) को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने के लिए अधिकृत है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से हमें वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने के लिए हम (हस्पताल) को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने के लिए अधिकृत है।

3. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने के लिए हम (हस्पताल) को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने के लिए अधिकृत है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery आवेदनक की तारीख 11/12/18	Dr. K. Ash MBBS, D. FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION: आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
--	--