

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: W/1218/2012		APPLICATION DATE: 15/12/12			
NAME of APPLICANT: SANTIRANJAN DAS		AGE-YEARS: 72		SEX: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MAHMAN DAS					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 25/2 BELLAGHATA MAIN ROAD, KOLKATA 700010, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: UNEMPLOYED				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. XXXX XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ☒ YES / ☐ NO					
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अर्पणक के साथ सम्बन्ध	
1.	SANTIRANJAN DAS	72	M	SELF	
2.	MINATI DAS	61	F	WIFE	
3.	RUSHIL DAS	28	M	SON	
4.	GANESH DAS	24	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये निम्न आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या निम्न का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिलिखित सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSTIC - CATARACT - RE.				
2.	SURGERY - RE (SICHTAL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी गंत्य सहायता राशि	

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 source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक स्वीकार करता हूँ कि "उद्देश्य" के अन्तर्गत प्राप्त की गई सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जा सकती है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी रूप में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकृति)

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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को "उद्देश्य" के लिए सहायता प्राप्त करने की अनुमति देता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए, जिसके लिए सहायता प्राप्त की जा रही है, के माध्यम से, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने और/या उसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी फैलाने के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के उपयोग से सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं होगा। सहायता देने का फैसला कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के पास होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं।

1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध नहीं कर रहे हैं, क्योंकि हम कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने अभाव को किसी अन्य स्रोत से पूरक करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस घोषणा का अर्थ यह है कि कोशिका फाउंडेशन को वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए कोई भी भूमिका नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच होता है और इस पर कोशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रभाव नहीं है। हॉस्पिटल को उपचार के चयन और उसके परिणाम की पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/12/18

Dr. K. Ghosh
MBBS, D.O., DNB, FRCS
Reg. No. - 50971
(Name of Dr. & Regt. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2