

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No.: K1/1248/2023		APPLICATION DATE: 15/12/18			
NAME of APPLICANT: RADHA HELA		AGE-YEARS: 58		SEX: F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: BUDHARAM MAHALI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 29 CRISTOFER ROAD, CHANGA, GABANDA, KHAIRAT ROAD, KOLKATA-700046, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: MS. MARIAGE					
OCCUPATION: COOK				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1200 x 12 = 14400/-				(Attach Proof of Income)	
PAN No. XXXXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	RADHA HELA	58	F	SELF	
2.	GANESH HELA	64	M	HUSBAND	
3.	RAMESH HELA	90	M	SON	
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		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
1. DIAGNOSIS - ANAEMIA - R.					
2. SURGERY - R. (Gastric)					
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पर):

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वास्तविकता सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरास हो या रद्द हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि, इस उद्देश्य या उद्देश्य के लिए अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये 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 & 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दान, समारोह एवं अन्य माध्यम से मेरी छवि और विवरणों को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी सहायता का विवरण में इसका उद्देश्य को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है। मुझे पता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य-निर्धारण का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) बिना प्रस्ताव से नाम व सहायता का उद्देश्य है।

- 1) यह कि न तो अंतर्गत और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट किया जाता है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना गैर-वित्तीय प्रकृति का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को सहायता प्रदान और अपने कर्तव्य को पूरी निष्पक्षता से रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी प्रभाव या निष्पक्षता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 15/12/18	Dr. K. Ghosh MD, DNB, FRCS Reg. No. - 50871 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोग व रोग हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION सहायक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2	