

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Health of the Nation	
APPLICATION No.: 16/12/18/2056		APPLICATION DATE: 12/12/18					
NAME of APPLICANT: ASHAMANI MAHAPATRA		AGE-YEARS: 61		SEX: F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JAGANNATH MAHAPATRA						 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: JAYANPURA, BHUDHAR BISWA SARKAR, DINGAL ROAD, BANHOSGHAT-2-IND, SONARPUR, SOUTH 24 PARGANAS, HOUST, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE							
OCCUPATION: HOME MAKER							
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)							
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL				(Attach Proof of Income)			
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.	ASHAMANI MAHAPATRA	61	F	SELF			
2.	KANAI MAHAPATRA	37	M	SON			
3.	GOPAL MAHAPATRA	32	M	SON			
4.	CHAMPA MAHAPATRA	35	F	DAUGHTER			
5.	SAGORI MAHAPATRA	32	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	
गरीबी रेशन कार्ड (अनुबंध के साथ प्रमाणित करें)		आय और वर्ग प्रमाणित करें		अनुबंध के साथ प्रमाणित करें		अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
Medical Reports/Prescriptions Attached 1. DIAGNOSIS - CATARACT - LE 2. SURGERY - LE (SICS + IOL)							
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED		
क्रम संख्या		अन्य स्रोत का नाम			अन्य स्रोत से प्राप्त 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 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 जायेगा तब मैं इसे सही जानकारी देकर पुनः प्रारूप भेज दूंगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रारूप हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रीफंड लेऊंगा और न ही बीमा में रीफंड

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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. This 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.
- 3) इस प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित या प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस सहमति के बिना "कोशिका फाउंडेशन" को मेरी मदद प्रदान करने से इनकार करने में कोई बाधा नहीं होगी।
- 4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने से मेरी मदद के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी अधिकार नहीं होगा। इस प्रारूप में "कोशिका" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारित या प्रसारित करने से मेरी मदद के लिए "कोशिका" को कोई भी अधिकार नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएं अंगुली की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

- 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.

- इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ दिये जाने वाले हस्ताक्षर के द्वारा, हम (हॉस्पिटल) निम्नलिखित बातों का स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा अनुरोध की गई सहायता पूरी तरह से नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप से या किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इससे यह स्पष्ट होता है कि "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तीय सहायता प्रदान करने में हमें कोई भी भूमिका नहीं होगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी का इलाज और उपचार के लिए हमें अपने आपसे या किसी अन्य स्रोत से मदद मिलने की आवश्यकता होगी। "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद के बिना हमें अपने आप से या किसी अन्य स्रोत से मदद मिलने की आवश्यकता होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 18/12/18	Dr. Anil Agrawal M.D., F.D.C. (Surg), F.R.C.S. (Surg) Reg. No. 15320 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व इलाज करने वाले डॉक्टर का नाम	Dr. Anil Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के नाम व पद पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शक 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शक 2 का हस्ताक्षर
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>