

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/12/8/2073 APPLICATION DATE : 13/12/18

NAME of APPLICANT : NAMITA BISWAS AGE-YEARS : 50 SEX : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : DULBUL BISWAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 376, PARCHEM PANSLA, PANDEY NORTH-24, PARAGANAS, JADID, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. : [Blank]

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.	NAMITA BISWAS	50	F	SELF
2.	DULBUL BISWAS	80	M	HUSBAND
3.	KALPITA GHOSH	26	F	DAUGHTER
4.	SOHNATH BISWAS	22	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
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SUCCESSFUL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थात् दाता के लिए)

- 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 rescission/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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दया गया होगा तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल आवेदन में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस आवेदन में उल्लेख है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् दाता के लिए)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 it's 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 आवेदन पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्थात् दाता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में घोषणा करें, उसे "कॉशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए, प्रसारण के माध्यम से मुझे विभिन्न माध्यमों से दिये गये सहायता के विवरणों के लिए प्रचारित करें। इस प्रकार के उपयोग को "कॉशिका फाउंडेशन" से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्थात् दाता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के रिफंड के प्रसारित करने के लिए प्रचारित करने के लिए "कॉशिका" द्वारा प्रसारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थात् दाता के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

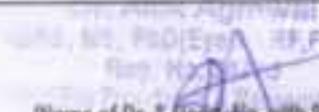
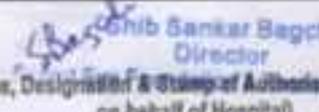


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल के लिए)

- 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:
- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर के द्वारा, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार के बात से सहमत करते हैं।
- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का इच्छा रखेंगे, जो कि हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए हमें "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित किया गया है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता हमें पूरी तरह से नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रकार के सहायता के लिए हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से पहले या बाद में किया जा सकता है।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से हमें केवल वित्तीय सहायता ही मिलेगी है। हमारे द्वारा प्रस्तावित/किये गए उपचार के लिए हमें पूर्णतरफ से ज़िम्मेदार होना होगा और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित उपचार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें हमारे द्वारा प्रस्तावित/किये गए उपचार के लिए हमें पूर्णतरफ से ज़िम्मेदार होना होगा और "कॉशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत करने के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 19/12/18	 (Name of Dr. & Regt. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम-वे इकाई का पता है	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. बैंकर बैगची, निदेशक
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थात् कॉशिका फाउंडेशन के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेदार 2
