

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : 4/12/8/2091		APPLICATION DATE : 19/12/18	
NAME of APPLICANT : TAPAS DAS		AGE-YEARS : 51	SEX : M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RAM CHANDRA DAS			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 31/12F CANAL WEST ROAD, ULADANGA, KOLKATA, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE			
OCCUPATION : LABOURER			
TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1500 x 12 = 20,400/-		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		(Attach Proof of Income)	
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	TAPAS DAS	51	M
2.	LAMTI DAS	46	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other
(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Copy)	Basic/Proof
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT		
2.	SURGERY - LEFT EYE		
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED	
1.			
2.			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह प्रपत्र निरस्त हो या रद्द हो सकेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके लिए भविष्य में, इस उद्देश्य या कोशिका फाउंडेशन द्वारा निर्दिष्ट अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन द्वाारा 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/post-up/produce 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 (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, प्रकाशक, दूरदर्शन, अखबार, दूरदर्शन से जुड़ी पोलिटिकल और इकोनॉमिक चैनलों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के अधीन हैं प्रयोग करने के लिए सहायता का इलाज नहीं करता इस सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य के अधीन होने और अंततः सहायता मिलेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती। यदि सहायता पूरी या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हमें सहायता का अंतर किसी अन्य स्रोत से पूराने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इससे यह स्पष्ट होता है कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे यहाँ के डॉक्टर या अन्य चिकित्सक का चुनाव हमारे रोगी के हित के लिए ही किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे यहाँ के डॉक्टर या अन्य चिकित्सक के चुनाव के लिए हमारे रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच कोई भी समझौता हमारे रोगी के हित के लिए ही होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 17/12/18	(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम और पंजीकृत नंबर के साथ मुहर Dr. Dhnanjay Giri MBBS MS Koshika Foundation	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Centre on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकारी के नाम, पद और मुहर Shib Sankar Bagchi Director
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर