

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 6/12/18/2107 APPLICATION DATE : 20/12/18

NAME of APPLICANT : MAYA MAJHI AGE-YEARS : 56 SEX : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : NIRANJAN KOLAY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 35/4 MOHAN BAGAN ROAD, SAYAMBAZAR MAIL, KOLKATA, 700004, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : HOUSE WIFE MARRIED (पतिव्रत) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Yes/No)

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	MAYA MAJHI	56	F	SELF
2.	NIRANJAN MAJHI	62	M	HUSBAND
3.	SHRUTI PANJA	34	F	DAUGHTER
4.	TUNDA SASTRI	30	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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: CATARACT SURGERY

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES		
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में मिले जाने वाले वित्तियन सहायता के अर्थक का सच है। यदि कोई झूठा बयान दया गया होगा तो उसे भी अर्थक फंडा को खारिज कर दिया जायेगा।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल अर्थक को मुझे के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद भी, या तो किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से मिले हैं और न ही भविष्य में हूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा सहमति)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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.
- 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.
- इस प्रकरण में अर्थक द्वारा माग की जाने वाली मदद, मैं (अर्थक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टी" को "कोशिका फाउंडेशन" के लिये मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उपयोग के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- मैं (अर्थक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माग की जाने वाली मदद, मैं (अर्थक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" के लिये मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रयोग के लिये "कोशिका फाउंडेशन" के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान

श्री अर्थक

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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:
- 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.
 - 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.
- हमारे अतिथि, रोगियों को और से सहायता हेतु "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तियन सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) सिफारिश करता हूँ कि हम (हॉस्पिटल) के लिये अर्थक को मदद माग रहे हैं।
- यह कि न तो हमारे अर्थक और न ही भविष्य में वित्तियन सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये अन्य स्रोत से मदद माग रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/वित्तियन सहायता के अर्थक से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोत से मदद मागने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज में स्पष्ट किया गया है कि अर्थक द्वारा सिफारिश करने वाले रोगियों को मदद माग रहे हैं।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह वित्तियन सहायता ही होगी। रोगी का इलाज और उसकी सुरक्षा के लिये हमें अर्थक/हॉस्पिटल का पूरा जवाबदेही है। अर्थक को मदद माग रहे हैं और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश करने वाले रोगियों को मदद माग रहे हैं। हमारे अर्थक और न ही भविष्य में वित्तियन सहायता हेतु सिफारिश करने वाले रोगियों को मदद माग रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सिफारिश के लिये अनुमोदित

Date of Surgery अर्थक की तारीख <i>20/12/18</i>	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. धनंजय गिरि MBBS MS 19578 Research Centre	 Shih Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) अर्थक के लिये सिफारिश करने वाले
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्थक के लिये अर्थक

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्थक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्थक 2
	