

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)																															
APPLICATION No.: 10/0119/2207		APPLICATION DATE: 02/01/19.		 Building block of life.																															
NAME of APPLICANT: BASANTI DAS		AGE-YEARS: 63																																	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AJAY DAS		SEX: F.																																	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: RISHABNAGAR CC BLOCK, KALKAJA, RAJAHMUNDRAM, WEST BENGAL.		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE																																	
OCCUPATION: HOUSE WIFE.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)																																	
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)																																	
PAN No. XXXX XXXX XXXX																																			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No																																	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Name of Family Member</th> <th>Age (Years)</th> <th>Gender</th> <th>Relation with Applicant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>BASANTI DAS</td> <td>63</td> <td>F</td> <td>SELF</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>AJAY DAS</td> <td>76</td> <td>M</td> <td>HUSBAND</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>JAMUNA DAS</td> <td>57</td> <td>F</td> <td>DAUGHTER</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>TARAK DAS</td> <td>36</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>SANKAR DAS</td> <td>32</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> </tbody> </table>						Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	1.	BASANTI DAS	63	F	SELF	2.	AJAY DAS	76	M	HUSBAND	3.	JAMUNA DAS	57	F	DAUGHTER	4.	TARAK DAS	36	M	SON	5.	SANKAR DAS	32	M	SON
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant																															
1.	BASANTI DAS	63	F	SELF																															
2.	AJAY DAS	76	M	HUSBAND																															
3.	JAMUNA DAS	57	F	DAUGHTER																															
4.	TARAK DAS	36	M	SON																															
5.	SANKAR DAS	32	M	SON																															
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>BPL Card</th> <th>EWS Certificate</th> <th>Ration Card</th> <th>Any Other Basis/Proof</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(Attach Card Copy)</td> <td>(Attach Certificate Copy)</td> <td>(Attach Card Copy)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>पट्टी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र</td> <td>आय और वर्ग प्रमाण पत्र</td> <td>उपभोग्य कार्ड</td> <td>अन्य कोई प्रमाण</td> </tr> <tr> <td>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)</td> <td>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)</td> <td>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof	(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Card Copy)		पट्टी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र	आय और वर्ग प्रमाण पत्र	उपभोग्य कार्ड	अन्य कोई प्रमाण	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)															
BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof																																
(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Card Copy)																																	
पट्टी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र	आय और वर्ग प्रमाण पत्र	उपभोग्य कार्ड	अन्य कोई प्रमाण																																
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)																																	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>DIABETES, LIPID PROFILE</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>SURGERY RE (GASTRO)</td> </tr> </tbody> </table>						Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached	1.	DIABETES, LIPID PROFILE	2.	SURGERY RE (GASTRO)																								
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached																																		
1.	DIABETES, LIPID PROFILE																																		
2.	SURGERY RE (GASTRO)																																		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>NAME of OTHER SOURCE</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED																											
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED																																	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अवशेष या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोव्हीडेंट/व्यक्तिगत/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 fulfilment 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उक्त "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जारी, प्रकाशित एवं प्रसारित से जुड़ी प्रतिलिपियाँ और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार सम्पूर्ण से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का निष्पत्ति मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्पष्ट है: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उक्त सभी अधिकारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ घोषणा की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करता है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्कार या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सकारात्मक संस्कार या किसी अन्य संस्कार से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट करता जाता है कि हस्पताल वित्तीय गहरा उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी भी सकारात्मक संस्कार या किसी अन्य संस्कार से नहीं ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किन्हीं गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02/04/19


Dr. Shanker Nag
MBBS, MS. (OPHTH)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
खरार का नाम व-हस्ताक्षर व-सिने

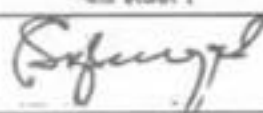

Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

