

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/0119/2738 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 28/01/19 आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT: KRISHNA DUTTA आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 62	SEX लिंग F
FATHER/SPOUSE'S NAME: MADAN DUTTA पिता/सहोदर का नाम		 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MULTI MAGRAHAT-II SOUTH 24 PARGANAS 343610 WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -			
OCCUPATION: HOME MAKER			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)	
PAN No. क्या है या नहीं		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)	
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग
1.	KRISHNA DUTTA	62	F
2.	ATANU DUTTA	41	M
3.	KAJALI MAITI	38	F
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
SELF			
SON			
DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवक्षित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)			
Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)			
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने वित्तीय का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE		
2.	SURGERY - LE (SUCCESSFUL)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिए गए हैं?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी. गै. सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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/employed/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य काल असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता पति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में दिये गए हैं।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रबंधन की जा रही है, उस पति का आर्थिक या वस्तुतः निरास किसी अन्य स्रोत/निर्वाहक/बीमा कंपनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रकार यह मेरी इच्छा है कि मेरी सभी जानकारी, पता, फोटो और विवरण इस प्रकार से प्रकाशित हों, जैसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, अपने-अपने द्वारा उद्देश्य से मुझे चिकित्सीय और वस्तुतः निरास के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक जानकारी मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना मेरे बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा सकती है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, मुझे स्वतः सहायता का इकाई नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उद्देश्य के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक की हस्ताक्षर या बाएँ तर्जनी का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

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.

- हमारे अधिकृत, इसकाफ़ी को और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में सिफारिश सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती-पाने में ली जा रही है, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सहायता प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हो रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी आर्थिक-वस्तुतः निरास हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश प्राप्त उक्त होती-पाने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले-पाने।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या इलाजक द्वारा की गई सहायता या बिना गैर-उपचार/उपचार का चुनाव करते हुए इलाज के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हमारा है रोगी के इलाज सुझा और उसे जाने की सही विवेक रोगी एवं हमारा को होनी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इसीकृती के लिए सिफारिश

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

29/01/19

Dr. Dhananjay Giri

MBBS, MS

Reg. No.-60578

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) Centre

हॉस्पिटल का नाम व इलाजक का पता, पं.

Shib Sankar Bagchi

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

हम व पर हमारा अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इलाजक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इलाजक 2