

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : K/1119/2006		APPLICATION DATE : 7/11/2019		 Building block of life.	
NAME of APPLICANT : ANGURBALA MANDAL		AGE-YEARS : 69			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KHAGEN MANDAL		SEX : F			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : RASIRHAT KACHHARI PADA, MAIN BAZAR, NORTH 24 PARGANAS 743992, WEST BENGAL		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE			
OCCUPATION : HOMEMAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		 	
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1700 X 12 = 20400/-		(Attach Proof of Income)			
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.	ANGURBALA MANDAL	69	F	SELF	
2.	KHENA MANDAL	33	M	SON	
3.	KENA MANDAL	30	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
EPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
1.					
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1.					
2.					
3.					

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ड्राफ्ट फॉर्म 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 पर कर्ता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप से गलत या झूठ साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि मैं किसी भी तरह से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से जो भी मदद है और मैं इस मदद के लिये हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ड्राफ्ट फॉर्म):

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/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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिये किसी भी माध्यम से, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउंडेशन और/या वित्तियन के लिये जानकारी प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्येक का उपयोग मेरे उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में माग किया है।

2) मैं (अर्शेक) इस पर सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये मेरी सहायता का अधिकार नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल ड्राफ्ट फॉर्म):

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.

हम यहाँ पर सहमत हैं कि हम या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से जो भी मदद है और मैं इस मदद के लिये हूँ।

1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से जो भी मदद है और मैं इस मदद के लिये हूँ।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में माग किया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/11/2019	Dr. Nalinakar Karan REGD. DO REG. NO. 63729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर या छाप	Shri. Anurag Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम या पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
---	---