

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.			
APPLICATION No. : K/11119/2157		APPLICATION DATE : 14/11/2019			
NAME of APPLICANT : BUDDHIMAN KARKI		AGE-YEARS : 53	SEX : M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : TILAK KARKI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : GURUSHA BAGAN, BT ROAD, SURYASEN NAGAR, NORTH 24 PARGANAS DISTRICT, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1300 X 12 = 15,600		(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.	BUDDHIMAN KARKI	53	M	SELF	
2.	KAREN KARKI	25	M	SON	
3.	ASHOK KARKI	23	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
EPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
Any Other Basic/Proof		Any Other Basic/Proof		Any Other Basic/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (STC + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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/वापस अग्रस्त राशि गलत है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यथा "कोशिका फाउंडेशन", से हो जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में गत राशि है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में इस राशि को पूर्णतः, उस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा 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 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 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) आवेदक घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुष्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करें, अपने नाम/पता एवं उद्देश्य के बारे में विभिन्न माध्यमों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का निराकरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे करने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" या त्रुष्टियों द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को निम्नलिखित उद्देश्यों के अंतर्गत मैं मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उक्त उद्देश्यों का निर्धारण अधिकृत और अंतिमकारी 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 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, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत साक्षर द्वारा विचारणीय की जाती है, कि वह (हस्पताल) निम्न प्रकार से नाम व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या तो ले रहा हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से प्रार्थना/प्रार्थना/प्रार्थना उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अतिरिक्त/अतिरिक्त हेतु प्रार्थना की बिना जात है तो सहायता किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अंततः निम्नलिखित प्रकार उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेया/लेया।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता संगठन विधि प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और करने वाले की सारी जिम्मेदारी लेने एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/11/2019	Dr. Nalinakshi Ratan MBBS, D.O., DNS Reg. No.-63729 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्तर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shashi Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
---	---