

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : 15/1219/2704		APPLICATION DATE : 24/12/2019		 Building block of life.		
NAME of APPLICANT : LADLI BEGUM		AGE-YEARS 58				SEX F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LALBABU						
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 81, CHAMRU KHANSARA LANE, CIRCUS AVENUE, KOLKATA 700017, WEST BENGAL						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE						
OCCUPATION : HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)				
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1300 X 12 = 15600		(Attach Proof of Income)				
PAN No. : [Blank]						
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No						
FAMILY DETAILS परिवार विवरण						
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant		
1.	LADLI BEGUM	58	F	SELF		
2.	LALBABU	61	M	HUSBAND		
3.	NATMA BEGUM	29	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					
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			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु पत्र प्रेषित नहीं करूँ, उस उद्देश्य का अधिक या समतल विवरण किसी अन्य प्रोविडर/रोक/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

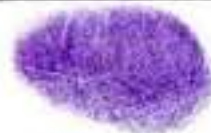
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-upreproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including 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 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा अपने, घर, कार्यस्थल एवं इतर माध्यमों से मुझे और अन्य लोगों को सहायता के लिये प्रेषित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के अंतर्गत या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्पष्ट है: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके अधिकृत का विवरण अधिकृत और अधिकृत होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/सहायता हेतु सकारात्मक नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अंतर्गत कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता का निर्णय लेने तथा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमारा न रोगी के हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने जाने की सही विधि/विधि रोगी एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या विधि/विधि इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/12/2019	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., D.M.S.C. Reg. No. 12345 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sengupta (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोग व घर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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