

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : 15/12/2019/2736		APPLICATION DATE : 25/12/2019	
NAME of APPLICANT : MANIK DAS		AGE-YEARS : 36	SEX : M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BHIM DAS			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 24, S.P. BANERJEE ROAD, GURANAGAR, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE			
OCCUPATION : LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 15000/2018000/-		(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
1	MANIK DAS	36	M
2	BHIM DAS	61	M
3	MAHJUTAM DAS	32	M
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:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE		
2	SURGERY — RE (SUS-20L)		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਰੰਘਿਤ ਹੁਕਮ ਅੰਦਰ ਪਾਸ:**

- 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 कतारूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वापस आयात प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मेरी कतारूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त होती है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य के पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में परत गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतारूँ कि मैं इस सहायता से न तो अन्यत्र से न ही, इस राशि का अधिक या समकत विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही लिये में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੁਆਰਾ)

- 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/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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने छात्रों को मुझे भगत है "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता है कि वे वे "नाम, पते और विवरण इस प्रश्न में कोशिका है, उसे "कोशिका" धन्य न्यासी, राज, बाबूबाबा दूरी उद्देश्य से खुदी सविधिधर्म और उपस्थिति के लिए किसी भी प्रकार सम्पत्ति से प्रशिक्षण करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण में हस्ताक्षर के पते का कर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत है कि वे वे नाम, पते, पते और विवरण के लिए सम्पत्ति के उद्देश्य से प्रशिक्षण में मुझे स्वतः छात्रों का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" धन्य उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्षा को हासिल कर अंगूठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL TO USE)

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 जन्मद्वारा, हमारे सभी को और से स्वास्थ्य/रोगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से विशेष सहायता हेतु रिजर्वेशन की जाती है, बिना हम (हमारा) निम्न प्रकार से मान्य या स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो स्वास्थ्य और न ही भविष्य में विशेष सहायता किसी भी सकारात्मक संपन्न या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्गसे लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से रिजर्वेशन/रिजर्वेशन उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना अधिक/सफल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो समझता किसी अन्य स्रोत सकारात्मक संपन्न या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस भुक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बार उक्त रोगी/मार्गसे हेतु किसी भी सकारात्मक संपन्न या किसी अन्य संपन्न से नहीं संपन्न/रोगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल विशेष प्रकृति की है। रोगी या हमारा द्वारा ही यह सहायता या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का शुल्क रोगी एवं हमारा को भोग का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसीलिए अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने कार्य की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हमारा को होती और "कोशिका" को कोई भुक्ति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्त्राण की तारीख 25/12/2019	Dr. Hari Singh (M.B.B.S. M.D. (OPTH)) Reg. No. 12345 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. हरि सिंह या इन्हें या उनके द्वारा	Dr. Sankar Banerji (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. स. प. बनर्जी अथवा अतिरिक्त अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 विश्वी इन्सुधर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 विश्वी इन्सुधर 2	
		