

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : K/1219/2700		APPLICATION DATE : 27/12/2019		
NAME of APPLICANT : BUDDHADEV ADHIKARI		AGE-YEARS अनु-वर्ष	SEX लिंग	
		51	M	
FATHER/SPOUSE'S NAME : SHYAMAPADA ADHIKARI				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 47/1/A, SHYAMBAZAR STREET, KOLKATA 700004, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE				
OCCUPATION : LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1800X12 = 21600/-		(Attach Proof of Income)		
PAM No. : 1219/2700				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				
Yes / NO हा / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	BUDDHADEV ADHIKARI	51	M	SELF
2.	MAHESHAKH ADHIKARI	42	F	WIFE
3.	DEBENDRA ADHIKARI	22	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL 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. क्रम संख्या	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SICEST 20L)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

DECLARATION by APPLICANT: (अवेरक द्वारा भरना पड़े)

- 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 कह रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात पर सख्त तौर पर "कॉशिका फाउन्डेशन", से सौदा कर रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रबंध नहीं किया है, उस तर्जिह का अतिक्रमण नहीं किया है किसे अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से वही सहायता है और न ही भविष्य में ऐसा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक 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/post-up/republish 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेरक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, इसे "कॉशिका" द्वारा स्वामी, घर, व्यवसाय द्वारा उत्पन्न से मुझे चिकित्सीय और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे बिना के बिना "कॉशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित है।
- 2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनाता। इस संबंध में "कॉशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेरक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

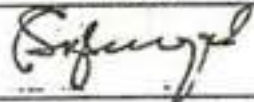
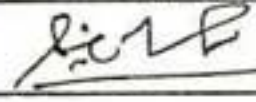
- हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उसका रोग/रोगी को सौंपे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उसका प्रमाण है "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत पर सहायता प्रदान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल द्वारा प्रदान उसका रोग/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं सौंपा/लेता।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा ही सौंपा/लेता या किसी तब उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी को हस्तांतरित सुझा और अपने जाने को सही दिग्दर्शन रोगी एवं हॉस्पिटल की होती और "कॉशिका" की कोई प्रतिक्रिया या दिग्दर्शन इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 27/12/2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं. 	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी 
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

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