

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: K/1219/2005 APPLICATION DATE: 27/12/2019

NAME of APPLICANT: NURNEHAR BIBI AGE-YEARS: 65 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MUKTAR ALI JAMADER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: HARI DEGPUR, AISDALPUR, DIAMOND HARBOUR, SOUTH 24 PARGANAS 743365, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 X 12 = 21600

PAN No. 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.	NURNEHAR BIBI	65	F	SELF
2.	SARIBUL ALI	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other
(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Copy)	Basis/Proof
गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पर	अल्प आय वर्ग प्रमाण पर	उपभोक्ता कार्ड	अन्य कोई सबूत
(प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	(प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	(प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Medical Reports/Prescriptions Attached

1. DIAGNOSTICS - CATARACT - RE

2. SURGERY - RE (SICST+TOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता मिली अन्य स्रोत से लिया गया है?

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप से गलत या झूठा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही सोच रहा 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 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 प्रारूप पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित हैं, इसे "कोशिका" एन.पी.ओ., पत्र, साप्ताहिक पत्रों, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निशान मेरी इच्छा के बिना या मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं, मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं देता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.पी.ओ. न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा हस्ताक्षरित करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निर्धारित की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्मान या किसी अन्य रोगी से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु उक्त रोगी के सम्मान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय गतिविधियों/उपलब्धियों हेतु पत्र नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य रोगी के सम्मान या किसी अन्य सम्मान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट पता चलता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी रोगी के सम्मान या किसी अन्य सम्मान से नहीं ले रहा/रही है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस रोगी के नाम पर रोगी/रोगी का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और मान्यता के सभी विषयों पर रोगी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए समुचित

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) रोगी के हस्ताक्षर के लिए अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	