

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: K/1215/2032		APPLICATION DATE: 18/12/19		
NAME of APPLICANT: NRIPENDRA NATH DAS		AGE-YEARS: 59	SEX: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BHUPENDRA NATH DAS		 		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PANUHAT, BARDDHAMAN 713302, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -				
OCCUPATION: UNEMPLOYED				
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2000 X 12 = 24000/-		MARRIED () / UNMARRIED ()		
PAN No. : [Blank]		(Attach Proof of Income)		
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.	NRIPENDRA NATH DAS	59	M	SELF
2.	NIYATI NATH DAS	54	F	WIFE
3.	SURHEEN DAS	30	M	SON
4.	SUSANITA DAS	28	F	DAUGHTER
5.	SUSMITA DEBNATH	22	F	DAUGHTER
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.	1. DIAGNOSES - CAPTURA CT-LE			
Sr. No.	2. SURGERY - LE (JCS 1204)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा घोषणा करें)

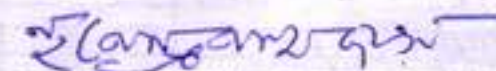
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस वृत्ति का अधिक या भवतः विरुद्ध किसी अन्य प्रोविडोर/कर्मचारी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोचित" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, या कर्मचारी द्वारा प्रकाशित करें या अन्य माध्यमों से मेरी जानकारी को प्रकाशित करने में सक्षम होंगे।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित किया जा सकता है। सहायता का इस्तेमाल नहीं करना इस संर्षण में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य न्यायोचित का निर्णय अधिक और सम्भवकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा लेनी/पूरी करने में सक्षम या सक्षम है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश नहीं करता/करता है, तो हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश करने पर उठा लेनी/पूरी करने की ओर सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं होनी चाहिए।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उद्देश्य पर हॉस्पिटल द्वारा ही सही सहायता या निर्णय लेने पर हस्तक्षेप/प्रतिक्रिया का सुझाव देनी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में उद्देश्य के हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने जाने की सही विनियमन देनी एवं हॉस्पिटल की ओर और "कोशिका" की ओर पुष्टि या विनियमन इस मामले में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Shib Sankar Bagchi
Director

Dr. Amit Budruk
Reg. No.-77467

MBBS, DNB (Ophthalmology), FICO, Fellowship in Glaucoma

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोचित हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायोचित हस्ताक्षर 2

