

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : <u>K/0120/2968</u>		APPLICATION DATE : <u>2/1/2020</u>			
NAME of APPLICANT : <u>AMITA BISWAS</u>		AGE-YEARS <u>66</u> SEX <u>F</u>			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <u>ASIT SARKAR</u>					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>63/1 NIRMALAN, ROYDEHAR ROAD, NATHATI, NORTH 24 PARGANAS 743165, WEST BENGAL</u>					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>AS ABOVE</u>					
OCCUPATION : <u>HOME MAKER</u>				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>RS 1400 x 12 = 16800/-</u>				(Attach Proof of Income)	
PAN No. <u>SPAA12345678</u>					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <u>Yes / NO</u>					
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	<u>AMITA BISWAS</u>	<u>66</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>	
2.	<u>ANJANA BARUI</u>	<u>37</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>	
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		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1.	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</u>				
2.	<u>SURGERY — RE (STEC + IOL)</u>				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा घोषणा करना)

- 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 भ्रमपूर्ण एवं असत्य जानकारी प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मेरी प्रार्थना है कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस मदद का भुगतान या वापस किया किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सके और मैं भी भविष्य में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक 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/put-out/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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) स्वयं स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके न्यायीयों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हों, इसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा, वाचमय या लिखित माध्यमों से मेरी मदद के लिये धन/सहायता के लिये किसी भी प्रकार के प्रयास करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रार्थना है कि मेरा नाम या विवरण को इस प्रकार प्रकाशित करने से मेरी मदद के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत नहीं है।
 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने से मेरी मदद के लिये "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकृत, इस प्रकार की मेरी या मेरी रोगी के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व 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 उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगी जा रही है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देशित उक्त के मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट नहीं की जाती तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से सत्य कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगी जा रही है किन्तु अन्य सहायता से नहीं।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के लिये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के लक्षण सुलभ और सत्य होने की सटीक जानकारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/1/2020	Dr. Priya Chatterjee (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2