

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No. : K/0120/2975				APPLICATION DATE : 2/1/2020	
NAME of APPLICANT : SANTI DEBI				AGE-YEARS : 51	SEX : F
FATHER/SPOUSE'S NAME : BHASO SAW					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KANKINARA, BHATPARA, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : HOUSEWIFE				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 19000 X 12 = 228000				(Attach Proof of Income)	
PAN No. : [Blank]					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No					
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	SANTI DEBI	51	F	SELF	
2.	BHASO SAW	58	M	HUSBAND	
3.	MIKRAM SAW	24	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		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE				
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	



DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही यह सहायता है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में था।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रबंध नहीं किया है, इस उद्देश्य का अर्थ है कि मैंने अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड है और न ही बीमा में हस्तक्षेप।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कथन)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक रूप से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रारूप पर मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप के बिना "कोशिका फाउंडेशन" मेरी सहायता प्रदान करने में विवश नहीं होगा।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों के प्रसारित करने से मेरी सहायता का हस्ताक्षर नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों के प्रसारित अधिकृत और अस्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथन)

- 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 यहाँ घोषणा की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्ताक्षर) द्वारा प्रमाणित के बिना।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में बिना सहायता के उद्देश्यों के लिए से प्राप्त करेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अस्वीकार/प्रकार हेतु संपूर्ण नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाण में सत्य कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति का है और कोशिका फाउंडेशन के लिए कोई भूमिका नहीं होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज प्रदान की गई सहायता या बिना सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं सहायता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए सहायता में रोगी के हस्ताक्षर और जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं सहायता को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोग व रोगी हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर