

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0120/2978		APPLICATION DATE: 2/1/2020	
NAME of APPLICANT: USHA DEBI SHAW		AGE-YEARS: 44	SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: CHANKAR SHAW			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KANKT NARA, BHAI PABA, NORTH 24 PARGANAS, 743102, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: COOK		MARRIED (निवृत्त) / UNMARRIED (अनिवृत्त)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1300 X 12 = 15600		(Attach Proof of Income)	
PAN No. [Blank]			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	USHA DEBI SHAW	44	F
2.	SONU SHAW	18	M
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:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE		
2.	SURGERY — LE (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: आवेदक 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में मिलने वाले सभी निदानों से लाभकारी के अनुसार लाभ प्राप्त हो रहा है। यदि कोई निदान एवं चिकित्सा उपचार प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निराव हो या समाप्त हो।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं लाभ ले रहा हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं कर रहा हूँ, इस छुट्टी का अधिकार या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/produce 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.
- 3) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि को प्रेषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे निदान इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, छपा, प्रसारित करने के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम या निदान को इस प्रकार प्रकाशित करने से मेरी किसी भी सहायता के लिए किसी भी प्रकार का अधिकार नहीं होगा।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निदान को बिना सहायता के नष्ट होने से प्रतिबंधित नहीं होगा। सहायता का हकदार नहीं बनूंगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी अंतिम और मान्यकारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & except 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, हस्ताक्षर को और से नामलेखनी को "कोशिका फाउंडेशन" के लिए सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य सहायता से सहायता मांग रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मांगी है। यदि सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपने अंतराल को पूरा करने के लिए किसी अन्य सहायता से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाण के बिना हमें सहायता प्रदान करने की आवश्यकता नहीं होगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ। मेरी या इसका प्रमाण ही मैं सहायता के लिए मांग रहा हूँ। सहायता के बिना मैं सहायता मांग रहा हूँ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. 70555 Signature of Dr. & Regn. No. with Stamp अंतर या नाम से हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2