

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation (Building block of life)	
APPLICATION No.: K/0120/2978		APPLICATION DATE: 21/1/2020	
NAME of APPLICANT: RAJU DOME		AGE-YEARS: 58	SEX: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BACULAL DOME			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 159, A J C ROSE ROAD, ENTAILS, CIRCUS AVENUE, KOLKATA 700014, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: RICKSHAW PULLER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20400		(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.	RAJU DOME	58	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
EPL 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 — RE		
2.	SURGERY — RE (SIKS+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 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से यदि मैं सहायता प्राप्त करता हूँ, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड प्राप्त किया है और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

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/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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित कर सकते हैं, जो "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य किसी भी माध्यम से मेरी सहायता के लिए धन募集 और जानकारी प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है।

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के "कोशिका फाउन्डेशन" के उपयोग के लिए प्रसारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

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.

हमारी स्वीकृति, इस प्रकार की होगी कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) को किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है, जो कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं है। इस प्रकार हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रदान की गई सहायता का चयन रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज का चयन और उसके फल को रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई दखल नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश**

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2