

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप) (स्वास्थ्य देखभाल)					
APPLICATION No. : K/0120/2979		APPLICATION DATE : 2/1/2020					
NAME of APPLICANT : KAMALA ADHIKARY		AGE-YEARS : 56	SEX : F				
FATHER/SPOUSE'S NAME : RADHANATH ADHIKARY							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 54/38, DEBENDRA CHANDRA DEY ROAD, TANGRA, KOLKATA 700015, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE							
OCCUPATION : HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2100 X 12 = 25200/-		(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.	KAMALA ADHIKARY	56	F	SELF			
2.	RADHANATH ADHIKARY	60	M	HUSBAND			
3.	ADARSH ADHIKARY	27	M	SON			
4.	ANANDA ADHIKARY	23	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	
[Blank]		[Blank]		[Blank]		[Blank]	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:							
[Blank]							
Medical Reports/Prescriptions Attached							
[Blank]							
1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE							
2. SURGERY - RE (SLEST 102)							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES							
[Blank]							
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
[Blank]		[Blank]		[Blank]			
[Blank]		[Blank]		[Blank]			
[Blank]		[Blank]		[Blank]			

Koshika
foundation
Building Block of Life



DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वापस अलग प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पद प्राप्त है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लूंगा और न ही बीमा में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 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-upreproduce 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 fulfilment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, घर, सम्पत्ति/पद जैसे उद्देश्य से मुझे सविनियमित और उपस्थिति के लिए किसी भी प्रकार प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे बचने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित नहीं कर सकते: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उनके न्यासीयों का विवेक अंतिम और अविरोध होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.
- इसके अधीन, हस्ताक्षर को और से समर्थन के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करने के लिए हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से मदद ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना सिफारिश/सिफारिश हेतु मांगी जाती है तो मांगता बिना अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि मांगता सिफारिश पर तब तक फंड/प्राप्त हेतु किसी भी प्रकार सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। छोटी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में छोटी के इलाज सुझा और अपने जाने की सभी विनियमों छोटी एवं हस्पताल को छोटी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या विनियमों इस मामले में नहीं छोटी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संभव

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee M.S.D.M. Reg. No. - 70536 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2