

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: K/0120/2981		APPLICATION DATE: 2/1/2020		
NAME of APPLICANT: BELARANT ROY		AGE-YEARS: 78	SEX: F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: RAOHA MADHAB SAHA				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 15/10, SIMLA ROAD, DEADON STREET, KOLKATA 700006, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 16000 X 12 = 192000		(Attach Proof of Income)		
PAM No. SPAYE: [Blank]				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No				
FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	BELARANT ROY	78	F	SELF
2.	ABJUNIKR ROY	42	M	SON
3.	KARTIK KR ROY	39	M	SON
4.	KAMAL ROY	38	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				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2.	SURGERY - LE (STEST + TOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मानकर गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यापन दिति "कोशिका फाउंडेशन", से ही यह सही है, इसका उपयोग सही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस दिति का अंतिम या अंतिम हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही प्राप्त है और न ही भविष्य में प्राप्त होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इससे "कोशिका" द्वारा मांगी, दान, सहायता एवं अन्य उद्देश्य से धुंधली गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता को प्रवर्धित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रकरण का निष्पत्ति में इसका कोई पक्ष नहीं या यह मैं अपने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मांगी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को नि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग में नहीं लाया जा सकेगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा दान, सहायता या निर्यात अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)**

- 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, इस प्रकार की और से समर्थन/उपलब्ध को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं या हमारे अधिकृत और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सोर्स से इसका उद्देश्य/उद्देश्य से होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय गतिविधियों/उद्देश्य हेतु मांग नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला वित्तीय मदद इसका उद्देश्य/उद्देश्य हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। उद्देश्य पर हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या निम्न गतिविधियों/उद्देश्य का चुनाव होगा एवं हस्पताल के बोझ का निष्पत्ति है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में उद्देश्य के अनुसार सुझाव और गतिविधियों की सही निर्णय/उद्देश्य हेतु एवं हस्पताल की सोच और "कोशिका" की कोई भी प्रतिक्रिया या निर्णय/उद्देश्य इस प्रकरण में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
--	--