

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0120/2982		APPLICATION DATE: 2/1/2020			
NAME of APPLICANT: ALORANI BISWAS		AGE-YEARS: 66	SEX: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GANESH BISWAS					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 9C/H/4 KANKURGACHI, KALKATA, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 x 12 = 18000/-		(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	Relation with Applicant	
1.	ALORANI BISWAS	66	F	SELF	
2.	GANESH BISWAS	78	M	HUSBAND	
3.	MAHATZ BISWAS	41	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					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - IE				
2.	SURGERY - IE (STC + 102)				
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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता पति "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का दावा करता हूँ, कि मैंने इसे केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त राशि को भविष्य में, पूर्णतः या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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 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 resuming 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 में मेरी हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति और अधिकार देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टी "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरी नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित करे, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित किए जाएंगे, जो इस प्रकरण में पत्र किया गया है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात को सहायता पति "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का दावा करता हूँ, कि मैंने इसे केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया गया है।
- 3) मैं (आवेदनक) इस बात को सहायता पति "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का दावा करता हूँ, कि मैंने इसे केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली 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.

- हमारे अधिष्ठाता, हस्ताक्षर करके और नीचे दिये गये हस्ताक्षर/अंगुली को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर सकते हैं, बिना हम (हस्पताल) वित्त प्रदाता से सहायता न ले सकें।
- 1) यह कि मैंने अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त नहीं की है, जो कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वारा सहायता दी जाने वाली सहायता केवल वित्तीय सहायता है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का दावा करता हूँ, कि मैंने इसे केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया गया 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) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर पत्रिका	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर पत्रिका
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

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