

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: K/0120/2994		APPLICATION DATE: 3/1/2020	
NAME of APPLICANT: AMIYA BAIDYA		AGE-YEARS: 75	SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NALINI KANTA BAIDYA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PATKA, DIAMOND HARBOUR, SOUTH 24 PARGANAS 743322, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: HOMEMAKER		MARRIED (विक्रित) / UNMARRIED (अविक्रित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 X 12 = 19200/-		(Attach Proof of Income)	
PAN No. (अपना संख्या)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	AMIYA BAIDYA	75	F
2.	DIPTI BAIDYA	38	M
3.	ADIT BAIDYA	31	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
RPL 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/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 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 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 का घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पद गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में किसी भी प्रकार से मुझे कोई भी रकम वापस करने की आवश्यकता नहीं पड़ेगी, न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो रिफंड है और न ही भविष्य में सहायता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-out/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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या बायाँ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकार करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टी को "उद्देश्य" के अतिरिक्त नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार से प्रयोग करने की अनुमति देता हूँ, जिसके माध्यम से वे "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये दानों को एकत्रित करने के लिये विभिन्न माध्यमों के माध्यम से जानकारी दे सकें।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टी द्वारा मेरी सहायता के लिये कोई भी निर्णय नहीं लिया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

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 अतिरिक्त, हम यहाँ स्वीकार करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं कि:

- 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, न ही भविष्य में "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने वित्तीय अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ के माध्यम से हम स्वीकार करते हैं कि हमारे पास कोई भी अन्य स्रोत नहीं है जो हमें सहायता देने के लिये सक्षम हो सके।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार के चयन का निर्णय हमारे और रोगी के बीच है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता से प्रभावित नहीं होता है। हमारे पास कोई भी अन्य स्रोत नहीं है जो हमें सहायता देने के लिये सक्षम हो सके।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/1/2020	Dr. Priyanka Singh MS (Gen Surg) Reg. No. 10000000000 Specialty: General Surgery (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व हमारे अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--