

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/0120/3019		APPLICATION DATE: 4/1/2020		
NAME of APPLICANT: MAHARANT SARDAR		AGE-YEARS: 62	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MALYE SARDAR				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: NE GUTHLA ABADA, GOPALPUR, HAROA, NORTH 24 PARGANAS 743444, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: COOK		MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 17000 X 12 = 204000		(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.	MAHARANT SARDAR	62	F	SELF
2.	RANJANA SARDAR	20	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:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE			
2.	SURGERY — LE (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.
- 4) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया था या है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही या नहीं है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 6) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस प्रश्न की राशि, इस रकम का अंशिक या पूर्ण वापस किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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-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.
- 3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टीयों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के लिए या अन्य किसी भी माध्यम के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी अंतिम और स्वीकार्य होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 & except 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.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न से भय न उत्पन्न करते हैं।
- 1) यह कि न तो भविष्य में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त की जाएगी या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए। इससे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के बिना या "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने के बिना। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो सहायता प्रदान करने वाले को सहायता प्रदान करने के लिए अंशिक या पूर्ण सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता प्रदान करने वाले को सहायता प्रदान करने के लिए अंशिक या पूर्ण सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही या नहीं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही या सहायता या बिना सहायता के सहायता प्रदान करने वाले को सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इससे सहायता प्रदान करने वाले को सहायता प्रदान करने के लिए अंशिक या पूर्ण सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए प्रेषित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/1/2020	Dr. Nalinakshi Kataria HOSPITAL NO. 1 Rajkot, Gujarat (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ पर	Sh. Suresh Singh Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) यहाँ पर हम हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आगे हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आगे हस्ताक्षर 2