

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य सेवा)		Koshika foundation Building blocks of life		
APPLICATION No.: K/0120/3091		APPLICATION DATE: 7/1/2020		
NAME of APPLICANT: ASHOK MALLICK		AGE-YEARS: 56	SEX: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUMAN MALLICK				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: RASA RAM MOHAN SARANI, KOLKATA 700012, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: RICKSHAW PULLER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 x 12 = 21600/-		(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.	ASHOK MALLICK	56	M	SELF
2.	ANIL MALLICK	25	M	SON
3.	AKASH MALLICK	23	M	SON
4.	MITA MALLICK	48	F	WIFE
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)
Any Other Bank/Proof		Any Other Bank/Proof		Any Other Bank/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE (ST & T.M.)			
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ। इस सहायता को किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार का भुगतान नहीं कर रहा हूँ, इस सहायता का उपयोग केवल किमी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और मैं भी भुगतान नहीं कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा सहमति)

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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरी पहचान, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग करने की अनुमति दे रहा हूँ, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता के लिए धन募集 और जानकारी फैलाने के लिए मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।

2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिए धन募集 के लिए नहीं होगा। मेरी सहायता के लिए धन募集 का फैसला केवल कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के द्वारा किया जाएगा, और उनका निर्णय इस मामले में अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पणकर्ता का हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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.

इससे घोषणा करता हूँ कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सहायता नहीं ले रहे हैं:

- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी प्रकार से सहायता के लिए धन募集 करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं ले रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मिलती है, तो हम सहायता के लिए धन募集 करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता ले सकते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें केवल वित्तीय सहायता मिलेगी। हमारे रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे रोगी और हमारे डॉक्टर के बीच होगा, जो कि कोशिका फाउंडेशन से कोई भी सहायता से प्रभावित नहीं होगा। हमारे रोगी के उपचार/प्रक्रिया का फैसला केवल हमारे रोगी और हमारे डॉक्टर के बीच होगा, जो कि कोशिका फाउंडेशन से कोई भी सहायता से प्रभावित नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/1/2020	Dr. Nalinakshi Kulkarni MBBS, DNB Reg. No. 123456789 Surgeon (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) ज्योतिषी का नाम और पता	Dr. Nalinakshi Kulkarni Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) ज्योतिषी का नाम और पता
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION. (अंदरूनी उपयोग के लिए)

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