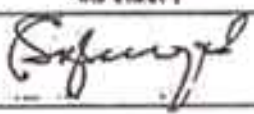


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य हेतु आवेदन प्रारूप)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/0120/3112		APPLICATION DATE: 7/1/2020		
NAME of APPLICANT: SUMITRA ROY		AGE-YEARS: 71	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KARNA ROY				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SANKHALI, GURUDHANGATI, AHORA T-11322, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 X 12 = 19200		(Attach Proof of Income)		
PAM No. (पत्र संख्या)				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				
Yes / No				
FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	SUMITRA ROY	71	F	SELF
2.	CHASTALI ROY	48	F	DAUGHTER
3.	PAMLA ROY	43	F	DAUGHTER
4.	KANCHAN ROY	40	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		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SECS + 207)			
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 करें): 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 5) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इस प्रकरण के लिए "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता नहीं ली है, न ही भविष्य में लूँगा। 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रकरण नहीं भेजा है, इस सहायता का भौतिक या वित्तीय विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण): 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रकरण पर आवेदन प्रस्तावना या अंगूठी की जाय सहायक, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित करें, सहायक द्वारा प्रसारित करें मुझे भविष्य में और उपस्थिति में मेरे विवरण को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रकरण का विवरण मेरे हस्तक्षेप के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ। 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रसारित करने के लिए सहायक को अधिकृत करेंगे। सहायक का हस्तक्षेप नहीं करता। इस कारण मैं "कोशिका" द्वारा प्रसारित विवरण का विवरण अधिकृत और सहायक को करता हूँ।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठा का निशान		
		
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण): 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, हस्ताक्षर की और से समर्थन/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिए प्राप्त हो सकेगी या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जा सकती है, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना या "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत या सहायक को प्राप्त हो सकती है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश पर उम्मीद की जा सकती है कि सहायता सिफारिश के बिना या सहायक को प्राप्त हो सकती है। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य सहायक/सिफारिश का प्रमाण नहीं एवं हस्पताल को भी या विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रदान का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को हस्तक्षेप शुरू और करने को सही विधि/रूप में ही सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए सिफारिश		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/1/2020	Dr. Nalinakshi Karan MUGS, DO, DNB BAS, No. 03729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. Nalinakshi Karan Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्रथम हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्रथम हस्ताक्षर 2 