

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0120/3116		APPLICATION DATE: 7/1/2020	
NAME of APPLICANT: ANJANA CHOWDHURY		AGE-YEARS: 55	SEX: F
FATHER/SPOUSE'S NAME: SANTIRANJAN CHOWDHURY			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 5 M SARANI, NORTH BUMIDUM, ATRATI, NORTH 24 PARAGANA DISTRICT, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: COOK		MARRIED (विधवा) / 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
1.	ANJANA CHOWDHURY	55	F
2.	SANTIRANJAN CHOWDHURY	25	M
3.	PRABIR CHOWDHURY	22	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basic Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE		
2.	SURGERY - RE (STEC + TOL)		
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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिरावट एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं किया है, इस सहायता का वापस किया किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत होकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वेद पत्र, नाम, पते और अन्य विवरण इस दस्तावेज में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिये उपयोग करेगा और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिये उपयोग करेगा।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद पत्र, नाम, पते और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रयोग करने के लिये प्रयोग किया जा सकता है। इस दस्तावेज पर "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिये उपयोग करेगा और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिये उपयोग करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं थंब का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signatures 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 अधिकृत, इससे नीचे के हस्ताक्षर/मुद्रा को "कोशिका फाउन्डेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद करते हैं, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के बिना अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज पर हम स्वीकार करते हैं कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा सहायता के बिना अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हमारे द्वारा की गई सहायता के बिना हमें सहायता के बिना अन्य सहायता संगठन या किसी और सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के बिना अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/11/2020	Dr. Nalinakshi Kataria MBBS, DGO, DNB Reg. No. 63729 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या मुद्रा	Dr. Nalinakshi Kataria Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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