

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: K/0120/3119		APPLICATION DATE: 7/1/2020		
NAME of APPLICANT: BISWANATH SANTRA		AGE-YEARS: 70	SEX: M	
FATHER/SPOUSE'S NAME: KAPAL SANTRA				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: JHOREHAT, HOHRAH 711301, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 X 12 = 19200		(Attach Proof of Income)		
FAM No. (यदि कोई हो)				
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.	BISWANATH SANTRA	70	M	SELF
2.	PSU SANTRA	35	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		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 (52CS+201)			
ASSISTANCE BEING AVAILED FOR SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक द्वारा घोषणा पर):

- 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 मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने के लिए गैर उचित विवरण दिया जा चुका हो तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस पर गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त होगी, जो कि केवल उक्त उद्देश्य के लिए ही है, जिसके लिए मैंने सहायता मांगी थी।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने आगे कोई भी सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक 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/republish 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 मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा (अर्हक) के द्वारा मैंने सहमत हो चुका है कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरी पहचान, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रयोग करने के लिए अधिकार हैं, जो कि किसी भी माध्यम, जिसमें मुद्रित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, के माध्यम से किया जा सकता है। इस प्रारूप में मेरी पहचान, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन और/या उसके ट्रस्टियों के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्हक) इस पर सहमत हूँ कि मेरी पहचान, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों के द्वारा किया जा सकता है। इस प्रारूप में मेरी पहचान, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों के द्वारा किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्हक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 & 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 करने वाले अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिए मांग रहे हैं, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जा रही है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्णतः नहीं मिलती है, तो हम अपने अभाव को किसी अन्य स्रोत से पूरक करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के अर्थ में हम यह स्वीकार करते हैं कि कोशिका फाउंडेशन को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने में हमारे पास कोई भी भूमिका नहीं है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार हेतु चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार हेतु चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/1/2020	Dr. Nandkishori Kulkarni MBBS, D. O. B. Reg. No. 63723 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shubhraj Singh MBBS, D. O. B. Reg. No. 63723 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पास पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राथमिक हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राथमिक हस्ताक्षर 2
--	--