

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (Healthcare)			
APPLICATION No.: K/0120/3844	APPLICATION DATE: 08/01/2020		
NAME of APPLICANT: ANIMA SAHA	AGE-YEARS: 64	SEX: F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: GOPAL SAHA			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: GHASH MAT, KATIA, BARDDHAMAN 713130, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -			
OCCUPATION: HOME MAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 19000 x 12 = 228000/-	(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.	ANIMA SAHA	64	F
2.	GUPT SAHA	38	M
3.	UTTAM SAHA	32	M
4.	KAMKA SAHA	36	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
EPL 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.	1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE		
2. SURGERY - RE (9308 + 904)			
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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में परा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा कोई भी रिश्तेदार, इस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण निशुल्क किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से या से 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 & 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक पदवी को स्वीकार करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये उपयोग कर सकते हैं। इस प्रकरण के लिये सहायता के लिये मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिये घोषित है, इसका उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये किया जा सकता है। इसका उपयोग मेरी सहायता के लिये मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं अंगुली का निशान

Anima Saha

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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आवेदक के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रमाण से मान्यता देते हैं।
- 1) यह कि हम या कोई अन्य स्रोत, जिससे हम या हमारे रोगी को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, उससे वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रमाणित किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हम या हमारे रोगी को वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रमाणित किया जा रहा है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश की गई सहायता का कोई प्रभाव नहीं है। हस्पताल द्वारा रोगी के इलाज में रोगी के चिकित्सक और रोगी के चिकित्सक के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" का कोई प्रभाव नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये सिफारिश

Shib Sankar Bagchi
Director

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/2020	Dr. Diptesh Das Reg. No. - 6786 (WBMG) M.B.B.S., D.O. Surgeon (Name of Doctor & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ दें	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम या हम हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>