

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No. : M/0223/0757		APPLICATION DATE : 03-02-23		 			
NAME of APPLICANT : BANKIM DALUI		AGE-YEARS : 80				SEX : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NAGENDRA DALUI							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : CHATAKPUR, SOUTH 24 PARGANAS, 743332, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE							
OCCUPATION : UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)					
PAN No. : [Blank]							
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.	BANKIM DALUI	80	M	SELF			
2.	BAGLU DALUI	58	M	SON			
3.	BILTU DALUI	55	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							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
Medical Reports/Prescriptions Attached							
Sr. No.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE						
1.	SURGERY - RE (SIC8+POL)						
2.							
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED				
1.							
2.							
3.							

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शदक द्वारा बोलना वरु):

- 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) मै योक्तुत करत हूँ कि इस ढरुन में दिते गये सभी विवरण सरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सरी हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एरि "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस ढरुन में पता लगा है।
- 3) मै पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता हेतु यह ढरुन की गई है, उस एरि का अरिष्ठा या सकल हिसाब किसी अन्य स्रोत/एम्प्लोयर/इन्सुरन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लुंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 ढरुन पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठे की छाप लगाकर, मै (अर्शदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस ढरुन में बोलता है, उसे "कोशिका" एवम् त्रुस्टी, दान, वाचनाक या दूसरे ढरुन से दुसरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी ढरुन वाचनाक में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे ढरुन का विवरण जो हस्ताक्षर के पहाले या कान में काने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व त्रुस्टी अधिकृत है।
- 2) मै (अर्शदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में उचित है मुझे सतः सहायता का इकाधार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्रुस्टी का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

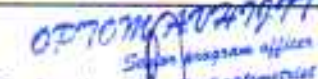
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सम्मते/एंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विस ढरुन से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सरकारी सम्बंध या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रुग्णत में लेने या ले ले है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिता उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पता हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अरिष्ठा/सकल हेतु पन्धुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षा रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदा उक्त रोगी/रुग्णत हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंध से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही गई सलाह या किमे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 03.02.23	 Dr. Shiksha Das M.B.B.S. M.S. (Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) डॉक्टर का नाम व इकाधार के तरे नं	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) मेरे व मेरे हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 त्रुस्टी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 त्रुस्टी हस्ताक्षर 2
