

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)																					
APPLICATION No. : K/0618/0452 APPLICATION DATE : 04.06.18																									
NAME of APPLICANT : RAMA SHAW AGE-YEARS 73 SEX M																									
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LATE KALI SHAW PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 5 P.K BISWAS ROAD, NEAR KHARDAH POST OFFICE, NORTH 24 PARGANAS, JODHPUR, WEST BENGAL PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE																									
OCCUPATION : UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)																									
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)																									
PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No																									
FAMILY DETAILS : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Name of Family Member</th> <th>Age (Years)</th> <th>Gender</th> <th>Relation with Applicant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>RAMA SHAW</td> <td>73</td> <td>M</td> <td>SELF</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>BHOLA SHAW</td> <td>46</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>GABRI SHAW</td> <td>38</td> <td>F</td> <td>DAUGHTER</td> </tr> </tbody> </table>						Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	1	RAMA SHAW	73	M	SELF	2	BHOLA SHAW	46	M	SON	3	GABRI SHAW	38	F	DAUGHTER
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant																					
1	RAMA SHAW	73	M	SELF																					
2	BHOLA SHAW	46	M	SON																					
3	GABRI SHAW	38	F	DAUGHTER																					
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)																									
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)																					
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य																									
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये बिजली का उद्देश्य:																									
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी-कोई गई प्रतिवेदन सूची संलग्न																									
1. MAGNETIS - CATARACT (RE) 2. SURGERY - RE (SICSHION)																									
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>NAME of OTHER SOURCE</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED																	
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED																							

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य एवं सत्य प्रमाण पर आधारित नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में परा गय है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में ली जा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)

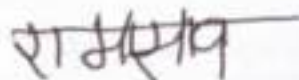
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दूर, दूरदर्शन, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निशान मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण सत्य। सहायता का इस्तेमाल सही करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कल)

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.

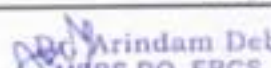
इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँसे/होस्पिटल को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिनसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकाश से मदद न ली जाये।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में ली जाये या ले जाये है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मगर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित अधिकतम/सकल हेतु मन्तु नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वारा मगर उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य सारकारी से नहीं ले/लेती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली जाई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्ष और जाने जाने की जादी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई धुंधला या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

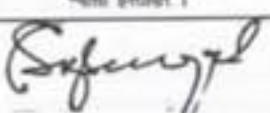
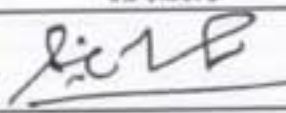
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery अवरोधन की तारीख 04.06.18	 Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No.-58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न	 Sanjay Bagchi (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 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--