

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : ५१०७१८/०८२३ APPLICATION DATE : १२/०४/१८

NAME of APPLICANT : ARATI SINGH AGE-YEARS : ७१ SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LAKSHINDAR SINGH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DURGAMANDAR, NORTH 24 PARGANAS, ७५११५६, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : HOME MAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)

FAN No. 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.	ARATI SINGH	71	F	SELF
2.	DILIP SINGH	69	M	SON
3.	SUBBAN SINGH	62	M	SON

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

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा घोषणा:

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से सहायता नहीं ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन द्वाारा करा)

- 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" दान, चिकित्सा, चिकित्सा/चिकित्सा उद्देश्य से मुझे प्रचारित करने और उपलब्धियों के बारे में जानकारी देने के लिए प्रयोग कर सकें।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण केवल "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायियों के द्वारा ही प्रकाशित किया जा सकता है और उनके निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप





AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

- 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 ओर से घोषणाकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोग के लिए माँगेंगे, जैसा कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उम्मीद से सहायता हेतु माँगा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा के अंतर्गत हमें स्वीकार करना है कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृतियों के लिए ही प्रदान की जा सकती है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की गई प्रकृति का कोई भी निर्णय हमारे द्वारा ही लिया जाएगा और "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/05/18	 Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Government Medical College & Hospital, Centre हाथरस का जे. ए. ए. हॉस्पिटल, केंद्र	 Chakal Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर 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
	