

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No. : K/1218/1711		APPLICATION DATE : 4/12/18			
NAME of APPLICANT : ANSURA BEGUM		AGE-YEARS : 63	SEX : F	 	
FATHER/SPOUSE'S NAME : AK. SAJED ALI					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : KARIM BERIA, HOWRAH, PIN-711016, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : HOME MAKER.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)			
PAN No. : XXXXXX					
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.	ANSURA BEGUM	63	F	SELF	
2.	ANASUR RAHMAN	29	M	SON	
3.	SEKH KUTUBUDDIN	26	M	SON	
4.	SEKH GABBARALI	30	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.	1. DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
Sr. No.	2. SURGERY - LE (SICUTOL)				
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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण अथवा आंशिक रूप से गलत पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी मदद मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से अपने खर्चों का भुगतान, पूर्ण या आंशिक, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

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-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 fulfilment 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 प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बताये गये हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी देने के लिए किसी भी माध्यम का उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

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, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर/अंगूठा के द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को स्वीकार किया जाता है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम कोशिका और किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी एक मामले के लिए नहीं ले सकते हैं, जब तक कि हम कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं कर सकते हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता पूर्ण या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हम इसे अन्य स्रोत से पूरक करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ हम स्वीकार करते हैं कि कोशिका फाउंडेशन को वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए हमारे पास कोई भी भूमिका नहीं है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें केवल वित्तीय सहायता ही मिलेगी है। हमारे पास इस बात का पूर्ण अधिकार है कि हम अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव अपने स्वयं के हितों के लिए करेंगे और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा। इसलिए हमारे पास है कि हमारे पास पूर्ण और पूर्ण रूप से हमारे मामले का उत्तरदायित्व है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं मिलेगी इस मामले में।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका व टिकट नं.	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम से यह प्रस्ताव 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