

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/1218/1717		APPLICATION DATE: 4/12/18			
NAME of APPLICANT: RAS KUMAR LANGAL		AGE-YEARS: 73	SEX: M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOBINDA LANGAL					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KUMAR CHAK, KHARDAHA, AMTA-1, HOWRAH, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: UNEMPLOYED					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL					
PAN No.:		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / हा			
FAMILY DETAILS					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	RAS KUMAR LANGAL	73	M	SELF	
2.	HANASHI LANGAL	40	F	DAUGHTER	
3.	TAPASHI LANGAL	39	F	DAUGHTER	
4.	RUPASHI LANGAL	35	F	DAUGHTER	
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					
1. DIAGNOSIS - CATARACT					
2. SURGERY - Ls (Ls + IOL)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.		NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जाता है जो मेरी प्रार्थना निरास हो या ख़तरा है।
- 2) मैं इस बात को घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा इस प्रारूप में उल्लेख किया गया, के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या भविष्य में, पूर्णतः या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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/print-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 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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेमंदों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में उल्लेख हैं, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेमंदों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को इस प्रारूप में उल्लेख हैं, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के भरोसेमंदों से प्रसारित है। मुझे इस बात का अहसास होना चाहिए कि कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेमंदों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को इस प्रारूप में उल्लेख हैं, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं थंब प्रिंट



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 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 को जो हमारे अधिकृत को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमारे द्वारा कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए मांगी जा रही है, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन को कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान किया जा सके। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान किया जा सके, तो कोशिका फाउंडेशन को कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान किया जा सके।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता हमें वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा प्रस्तावित प्रकृति की सहायता को कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान किया जा सके। हमारे द्वारा प्रस्तावित प्रकृति की सहायता को कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान किया जा सके।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद, इ.	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जुन व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा सहमति)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासे इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासे इलाका 2