

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No. : K/1218/1790		APPLICATION DATE : 21/12/18			
NAME of APPLICANT : HORENDRA NATH BHANJA		AGE-YEARS 38	SEX M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GANENDRA BHANJA				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : PART NO-184, GANANPURI, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : UNEMPLOYED					
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): NIL		(Attach Proof of Income)			
FAMILY DETAILS (Family Members)					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1	HORENDRA NATH BHANJA	38	M	SELF	
2	GANENDRA BHANJA	38	M	SON	
3	PRITONJAY BHANJA	39	M	SON	
4	ULAH BHANJA	35	M	SON	
5	KHAKHAN BHANJA	35	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					
1. DIAGNOSIS - CATARACT - RE					
2. SURGERY - RE (SCLEROTOMY)					
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 पर):

- 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 एवं सचन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "अतिरिक्त आधारभूत", से ही यह सही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या उपरोक्त की पूर्ति के, इस तौर पर कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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-up/republish 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 प्रकरण पर मेरी इच्छाता या अनुमति की बात समझकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "अतिरिक्त आधारभूत और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में अतिरिक्त है, उसे "अतिरिक्त" समझ लें, घर, समाचार पत्रों, रेडियो से सुनी वीडियो/फोटो और प्रसारणों के लिये किसी भी प्रकार उपयोग से इस्तेमाल करने के लिये अधिकृत है। मैं इस बात का विचार भी करता हूँ कि मैं या मेरे परिवार के किसी भी सदस्य को "अतिरिक्त आधारभूत" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रार्थना के अंतर्गत है अतिरिक्त है प्रसारण का उपयोग नहीं करता। इस सम्बंध में "अतिरिक्त" समझ उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "अतिरिक्त आधारभूत" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से प्राप्त न कर सकेंगे।
- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जा सके। यदि "अतिरिक्त आधारभूत" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के प्रमाण में "अतिरिक्त आधारभूत" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "अतिरिक्त आधारभूत" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु समझ नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत या सहायी स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट बना जाता है कि हमारा/हमारे द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सहायी स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं ले सकते।
 - 2) "अतिरिक्त आधारभूत" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे में हमारा/हमारे द्वारा ही मैं सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हमारा/हमारे से रोगी का निरास है और "अतिरिक्त आधारभूत" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए हमारा/हमारे में लेने के प्रमाण सुरक्षित और जाने जाने की सही सिफारिश लेने एवं हमारा/हमारे को लेने और "अतिरिक्त" की कोई सुरक्षा या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये योग्यता

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	 Dr. Anil Agrawal (Name of Dr. & Sign. No. with Stamp) हमारे डॉ. का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Shilp Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे डॉ. का हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2