

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No. : K/1218/1807				APPLICATION DATE : 8/12/18	
NAME of APPLICANT : ASHARANI DAS.				AGE-YEARS : 53	SEX : F.
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MUKUNDA DAS.					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : SHARAT DASWARI ROAD AND NAVIN KARANER ROAD - 2, PUSHPATI NORTH GUJARAT, RAIPUR, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -					
OCCUPATION : HOUSE WIFE.				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL				(Attach Proof of Income)	
PAN No. : [Blank]					
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.	ASHARANI DAS	53	F	SELF	
2.	MUKUNDA DAS	64	M	HUSBAND	
3.	KARTICK DAS	30	M	SON	
4.	KANAI DAS	22	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 - LE.					
2. SURGERY - LE (Cataract)					
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 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 rescission/termination.
- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके अंश को पूर्ण रूप से, या किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके भरोदारों "कोशिका फाउंडेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बताये हैं, को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रसारित किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रसारित किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 और से यहाँसे हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से सत्य व सहमत रहते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जो हम (हस्पताल) को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग की जायेगी, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 08/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पता व छाप Shanker Nag (OPHTH) Dr. Shanker Nag Research Centre	(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on Behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी Dr. Sankar Bagchi Authorized Signatory on Behalf of Hospital
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2