

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No.: K/1218/1816		APPLICATION DATE: 8/12/18			
NAME of APPLICANT: SANDHYA DEY		AGE-YEARS: 61	SEX: F		
FATHER/SPOUSE'S NAME: NARAYAN CHANDRA DAS					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 1318 R.R. LAL MITRA ROAD, K.G. MOSE SARANI, KOLKATA 700086, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)			
PAN No. XXXX XXXX XXXX		Y/N			
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.	SANDHYA DAS	61	F	SELF	
2.	KANAI DAS	70	M	HUSBAND	
3.	NIRMAL DAS	48	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 - RE				
Sr. No.	2. SURGERY - RE (SUCCESSFUL)				
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)

- 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/termination.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- मैं इस बात को ज्ञात करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में उल्लेख है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से, या भविष्य में, किसी भी प्रकार की मदद या भुगतान, पूर्ण या आंशिक, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- 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.
- 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.
- इस प्रस्ताव पर मेरी हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए प्रकाशित कर सकते हैं, जो मेरी प्रार्थना के लिए है, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद के लिए है। मेरी प्रार्थना का उद्देश्य और मेरी जानकारी के अनुसार मेरी प्रार्थना के लिए मदद का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में उल्लेख है।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी भुगतान के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।
- मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी भुगतान के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फांडेशन" को अधिकृत करता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- 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:
- 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.
 - 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.
- यहाँ अधिपत्र, हमारी ओर से प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- हम यह स्वीकार करते हैं कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है, जहाँ तक कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में उल्लेख है।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उपचार के चयन का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच है, जो "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं है। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भुगतान या ज़िम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अर्शक की तारीख 08/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व पंजीकृत संख्या के साथ Dr. Shankar Nath (M.D. (Genl. Surgt.)) शंकर नाथ	(Name, Designation & Signature of Authorised Signatory on Behalf of Hospital) हॉस्पिटल के प्रतिनिधि का नाम, पद और हस्ताक्षर Dr. Sankar Bagchi Senior Research Centre
---	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर