

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य सहायता)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य सहायता)	
APPLICATION No.: K/19218/1912				APPLICATION DATE: 19/12/18	
NAME of APPLICANT: SEFALI MAJI				AGE-YEARS: 68	SEX: F
FATHER/SPOUSE'S NAME: PACHUGOPAL PANDIT					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: NIKSHA DINAJANABPUR, BANGURA H. 222.03, 19851 BANGURA					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: HOME MAKER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL				(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)	
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	SEFALI MAJI	68	F	SELF	
2	PACHUGOPAL MAJI	72	M	SON	
3	PURBI MAJI	29	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		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
1. DIABETES - CATARACT - LG.					
2. SURGERY - LG (SUGGESTED)					
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
NAME of OTHER SOURCE					
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED					

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 insurance/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 सत्य नहीं माना जाय तो मैं पूरी सहायता निरस्त भी कर सकता हूँ।
- 2) मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी प्रकार से, इस रकम का कोई भी हिस्सा किसी अन्य प्रोविडेंट/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में सकूँ।

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 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ बाएँ अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, या अन्य माध्यमों द्वारा प्रसारित करने के लिये किसी भी माध्यम से उपयोग कर सकें। इस प्रकार का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस सहायता के अर्थान्वित उपयोग के लिये प्रकाशित करने का अधिकार केवल कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के पास है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ बाएँ अंगूठे 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 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.
- हॉस्पिटल अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यता देते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाण से चर्चा न हो सके।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिये मांगी जा रही है, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता पूर्ण रूप से हमारे लिए न हो सके। यदि कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता पूर्ण रूप से हमारे लिए न हो सके, तो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता के अभाव में अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हमें स्पष्ट करना चाहिए कि कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस रोगी के चिकित्सकीय आवश्यकताओं के अनुसार होना चाहिए और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी दबाव नहीं है। उपर्युक्त सहायता से रोगी को उपचार प्राप्त होना चाहिए और उसे कोशिका फाउंडेशन से कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/12/18

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

हॉस्पिटल के अधिकृत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

[Signature]