

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of life.																																														
APPLICATION No.: 28/12/21/21		APPLICATION DATE: 20/12/18																																																		
NAME of APPLICANT: MINA DAS		AGE-YEARS: 51		SEX: F		 																																														
FATHER/SPOUSE'S NAME: GITA DAS																																																				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 10, BANA GOPENDRA STREET, TELEPHONE EXCHANGE, ANIKHOLA, KOLKATA, 700005, WEST BENGAL																																																				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE																																																				
OCCUPATION: HOME MAKER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)																																																
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL				(Attach Proof of Income)																																																
PAN No. ☐ ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ☒ YES ☐ NO																																																				
FAMILY DETAILS: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Name of Family Member</th> <th>Age (Years)</th> <th>Gender</th> <th>Relation with Applicant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>MINA DAS</td> <td>51</td> <td>F</td> <td>SELF</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>SOURAB DAS</td> <td>49</td> <td>M</td> <td>BROTHER</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>								Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	1	MINA DAS	51	F	SELF	2	SOURAB DAS	49	M	BROTHER																														
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant																																																
1	MINA DAS	51	F	SELF																																																
2	SOURAB DAS	49	M	BROTHER																																																
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>BPL Card</th> <th>EWS Certificate</th> <th>Ration Card</th> <th>Any Other Basis/Proof</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>								BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof	☐	☐	☐	☐																																					
BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof																																																	
☐	☐	☐	☐																																																	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>SURGERY - LE (SUCCESSION)</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>								Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached	1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE	2.	SURGERY - LE (SUCCESSION)																																							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached																																																			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE																																																			
2.	SURGERY - LE (SUCCESSION)																																																			
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>NAME of OTHER SOURCE</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>								Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED																																										
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED																																																		

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 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 निरा हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में सत्य एवं सही है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में पूर्ण रूप से, इस सहायता का अधिकतम या कम से कम हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से नहीं लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा वादा)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/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 (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, डॉक्टर, कर्मचारी द्वारा उपयोग के पूर्ण उपयोग के लिए प्रसारित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के अंतर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अनिवार्य अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने के लिए प्रपत्र का उपयोग नहीं किया जाएगा। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर, डॉक्टरों या किसी भी अन्य व्यक्ति को अधिकार नहीं है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Mina Das.

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा वादा)

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.

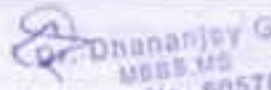
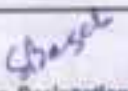
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रपत्र के सत्य न माना जाये।

- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं हो जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने के लिए प्रपत्र का उपयोग नहीं किया जाता है तो हमारे को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने के लिए प्रपत्र का उपयोग नहीं किया जाता है। इस प्रपत्र में सत्य एवं सही है कि हमारे को वित्तीय सहायता हेतु प्रार्थना करने के लिए प्रपत्र का उपयोग नहीं किया जाता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसे न तो हमारे द्वारा ही नहीं प्राप्त या बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने के लिए प्रपत्र का उपयोग नहीं किया जाता है। हमारे को सहायता हेतु प्रार्थना करने के लिए प्रपत्र का उपयोग नहीं किया जाता है। हमारे को सहायता हेतु प्रार्थना करने के लिए प्रपत्र का उपयोग नहीं किया जाता है। हमारे को सहायता हेतु प्रार्थना करने के लिए प्रपत्र का उपयोग नहीं किया जाता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

हस्ताक्षर की लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	 Dr. Dhananjay Giri MBBS, MD (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम और पंजीकृत नंबर के साथ छाप	 Shub Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम, पद और हस्ताक्षर के लिए अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
