

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : 4/12/8/2186		APPLICATION DATE : 21/12/18.			
NAME of APPLICANT : SUDAMAN PAIK		AGE-YEARS : 71	SEX : M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KARTICK PAIK.					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : TAJPUR, TAJPUR, JAYNAGAR, COCHIN, KERALA, INDIA.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AT AIRONE.					
OCCUPATION : UNEMPLOYED.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)			
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	SUDAMAN PAIK	71	M	SELF	
2	KARTICK PAIK	71	M	WIFE	
3	KRISHNA PAIK	24	M	SON	
4	MANATA PAIK	21	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Any Other Basis/Proof	
Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
1. JAGMOHAN - CATARACT - L.					
2. SURGARY - L (CATARACT)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले का:

- 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 यहाँ पर बताना 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 आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताना है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही मदद लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर सहमत हो जाऊँगा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करने हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बताना है, उसे "कोशिका" द्वारा याद, घर, कार्यस्थल पर उद्घरण से मुझे विभिन्न माध्यमों और उपकरणों के लिये किसी भी उपाय समान से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निरूपण मेरे उपचार के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे प्राप्त सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यतापत्र को "कोशिका फाउंडेशन" से निहित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य न समझते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निहित सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सकेगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के समान है "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अनिच्छा/सफल हेतु प्रस्तावित की जाय तो हमें मान्यता किसी अन्य स्रोत या सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करना चाहते हैं कि सहायता सिफारिश प्राप्त करने के बाद हमें सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तिय प्रकृति की है। हमें या हॉस्पिटल द्वारा ही यह सहायता किसे गये उपचार/उपचार का प्रमुख हेतु है। हमें सहायता के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हमें सहायता से लेने के लिए हमें सहायता प्राप्त करने की सही जिम्मेदारी लेनी होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/12/18

Dr. K. Ghosh
MBBS, D.O., DNB, FRCS
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
मुख्य डॉक्टर का नाम और पंजीकृत संकेत

Shib Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
यह व यह हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]