

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		 Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No. : 14/12/2137		APPLICATION DATE : 21/12/18					
NAME of APPLICANT : TARAK DAS		AGE-YEARS : 37		SEX : M			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BIPAD BHANJAN DAS						 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 22/4/2018, KASTI BANGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE							
OCCUPATION : UNEMPLOYED				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL				(Attach Proof of Income)			
PAN No. : 1234567890							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				Yes / NO			
I am / I am not (को चिह्नित करें जो लागू हो)				हां / नहीं			
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	TARAK DAS	37	M	SELF			
2.	LATE DAS	55	F	WIFE			
3.	AMIT DAS	35	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
सहायता के लिए किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)		Any Other Basis/Proof	
(आधार कार्ड की प्रतिलिपि जोड़ें)		(आधार प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		(आधार पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		(अन्य कोई आधार)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु किसे क्या चिकित्सा आवश्यक:							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न						
1.	THROMBOSIS - CATARACT - RE.						
2.	SUGAR RE (DIABETES)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया है?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
	अन्य स्रोत का नाम			सी गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन आधार प्राप्त प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को अवगत दूँगा कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह राशि नहीं ले रहा हूँ, इस राशि का अधिकतम या समस्त भुगतान किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-out/produce 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित करें, उसे "कोशिका" फंडिंग प्रदान करें, नाम/पता/फोटो/विवरण से जुड़ी विभिन्न माध्यमों से जानकारी को लाने बिना भी इस सहायता को प्रदान करने में हिस्सा ले सकते हैं। मैं इस बात को अवगत दूँगा कि सहायता को जारी रखने या न करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का निर्णय अंतिम होगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता को जारी रखने के अधिकार के प्रयोग के बिना प्रसारित किया जा सकता है। सहायता का इस्तेमाल नहीं करना इस फॉर्म में "कोशिका" फंडिंग प्रदान करने के लिए अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

**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 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से इस रोगी/मरीज को नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। यदि सहायता "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें अपने अंतराल को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट किया गया है कि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा चयनित चिकित्सा उपचार का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी को इलाज प्रदान करने और उसे सुरक्षित रखने की पूरी जिम्मेदारी होगी और हॉस्पिटल को हॉस्पिटल और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/12/18	 K. Ghosh MBBS, DNB, FRCS (Name of Dr & Regd. No. with Stamp) संचालक डॉ. केशव कुमार शर्मा, एम.बी.बी.एस. डी.एन.बी. एफ.सी.	 Shub Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाक़ा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाक़ा 2
	