

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)			
APPLICATION No. : K/1218/2143		APPLICATION DATE : 21/12/18		 Koshika foundation Building Vision of Life			
NAME of APPLICANT : RABINDRANATH PURKAIT		AGE-YEARS : 60				SEX : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HIRULAL PURKAIT		PRESENT RESIDENCE ADDRESS : SADHANA KARNATA, SOUTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE							
OCCUPATION : UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED					
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)					
PAN No. : XXXXXX		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.	RABINDRANATH PURKAIT	60	M	SELF			
2.	SHRADDHA PURKAIT	46	F	WIFE			
3.	DEBASIS PURKAIT	30	M	SON			
4.	MANABANAN PURKAIT	26	M	SON			
5.	BHARATI FOLDER	23	F	DAUGHTER IN LAW			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)			
Any Other Basic Proof							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
Medical Reports/Prescriptions Attached							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE						
2.	SURGERY - LE (STICS + IOL)						
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)

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- (3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या उसके बाद भी नहीं हूँ, जो अन्य स्रोतों/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो भी सहायता है और मैं भी सहायता में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- (1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत होकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा माँगा गया है, और, सम्भवतः मुझे उपचार के मुहूर्त/प्राप्ति के लिए किसी भी प्रकार के सहायता के लिए अधिकृत हैं। मैं इस पर सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" मेरे नाम का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से करेगा।
- (2) मैं (अर्शक) इस पर सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के लिए प्रकाशित करने से मुझे सहायता का हक्क नहीं मिलेगा। इस सहायता के लिए "कोशिका" द्वारा माँगा गया उद्देश्य का निर्णय और सम्भवतः होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाईं 엄指 छाप

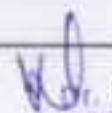


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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 this matter.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा यह प्रमाणित करने के लिए कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाणित करने के लिए सहमत हैं।
- (1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए माँगा गया है, यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया सहायता हमें प्राप्त नहीं होती है, तो हमें सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया है। यह प्रमाणित करने के लिए कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया है।
- (2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा गया है, हमारे रोगी के बीच है, जो कि हमारे रोगी के बीच है, जो कि हमारे रोगी के बीच है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 21/12/18	 Dr. K. Ghosh MBBS, DNB, FRCS (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) राज्य के चिकित्सा बोर्ड में पंजीकृत हैं	 Shub Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे चिकित्सा बोर्ड में पंजीकृत हैं
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आपकी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आपकी हस्ताक्षर 2
