

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/0115/2312		APPLICATION DATE: 05-01-2019			
NAME of APPLICANT: TABIJAN PASWAN		AGE-YEARS: 50	SEX: M		
FATHER/SPOUSE'S NAME: LAXMAN PASWAN					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 31, MALAYALA LANE, GOVAPUR, KOLKATA WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: RICKSHAW PULLER		MAJORED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1600 x 12 = 19200/-		(Attach Proof of Income)			
PAN No. [Blank]					
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.	TABIJAN PASWAN	50	M	SELF	
2.	SHANTI DEVI	45	F	WIFE	
3.	RAJU PASWAN	18	M	SON	
4.	RAJESH PASWAN	16	M	SON	
5.	DINESH PASWAN	14	M	SON	
6.	SUMI KUMARI	11	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					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
Sr. No.	1. DIABETOSIS - CATARACT - RE				
Sr. No.	2. SURGERY - RE (SICCS + FOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिरान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस 'बो' सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ कि यह सहायता, जो मुझे मिले बिना सहायता, जो इस प्रकरण में माग ली है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु माग प्रार्थना की नहीं है, इस दान का अधिकार या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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/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 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 दान पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि और नाम का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस दान में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, दान, सहायता एवं उद्देश्य से मुझे प्रेषित करने और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे दान का विवरण मेरी सहायता के प्रकार या कर के बारे में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य-निर्धारित का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

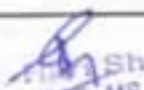
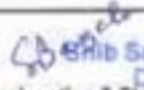
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) विना प्रकाश से सहायता से सहायता नहीं करता है।

- 1) यह कि न तो भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से लेता है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त से सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से सहायता प्रदान करता है कि हस्पताल द्वारा प्रदान उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेता है सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता या बिना सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के सहायता प्रदान और उसे जाने की सही विधि/विधि रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई प्रभाव या विधि/विधि इस सहायता में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05-01-2019	 Dr. Shanker Nag M.B.B.S. MS. (OPHTH) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व. हस्ताक्षर व. मुद्रा	 Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व. पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
