

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
APPLICATION No.: K/0119/2344				APPLICATION DATE: 07-01-2019	
NAME of APPLICANT: LALI DEVI SINGH				AGE-YEARS: 66	SEX: F.
FATHER/SPOUSE'S NAME: SHESHBAHADUR SINGH					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 25 WILAMBAR MUKHERJEE SANJAYAMBAR, MAEL, KOLKATA 70004 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOME MAKER				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL				(Attach Proof of Income)	
PAN No. & Validity: [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.	LALI DEVI SINGH	66	F	SELF	
2.	SHESHBAHADUR SINGH	92	M	SON	
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		Any Other Basis/Proof		Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
Medical Reports/Prescriptions Attached					
DIAGNOSES - CATARACT LE					
SURGERY - LE (SICUTAL)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
[Blank]					

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा धारणा):

- 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 धारणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वा अन्य जानकारी गलत या झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं इस बात को धारणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- (3) मैं यहाँ धारणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊँगा और न ही अधिकार होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/print/photocopy/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 मेरी इसकाया या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा, शब्दों, छापों, चित्रों, वीडियो, ऑडियो, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि के माध्यम से, दानों को आमंत्रित करने के लिए और/वा कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए।
- (2) मैं (आवेदक) और सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार की प्रतिपूर्ति के प्रकाशित करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं होगा। सहायता का प्रदान या न करने का निर्णय केवल कोशिका फाउन्डेशन के न्यायियों के पास होगा, और उनका निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) को किसी भी प्रकार से धन या उत्तरदायित्व का बोझ न हो।

- (1) यह कि न तो हम (हस्पताल) और न ही कोई भी अन्य स्रोत, जिससे हमें सहायता मिलेगी, उसका पूरा पूरा बोझ नहीं लेते हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता के लिए अनुरोध करते हैं कि वह हमें सहायता प्रदान करे। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" हमें सहायता प्रदान नहीं करता है, तो हम (हस्पताल) को सहायता के लिए अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम यह भी स्वीकार करते हैं कि हम (हस्पताल) को सहायता प्रदान करने का पूर्ण उत्तरदायित्व होगा और "कोशिका फाउन्डेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

- (2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार प्रदान करने का निर्णय रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery उपचार की तिथि 07-01-2019	Dr. Anil Agrawal MBBS, MS, PILD, DNB Reg. No. 12345 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नं. एवं मुहर	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

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