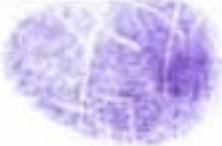


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
 Koshika foundation Building block of life					
APPLICATION No. : 2382		APPLICATION DATE : 08/01/19			
NAME of APPLICANT : KESTA PRASAD SHAN		AGE-YEARS : 72		SEX : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PREMAMANDA SHAN					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : K.S. PATH, BHADRA, KANSAH, DIST-24					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE					
OCCUPATION : UNEMPLOYED			MAJURED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL			(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.	KESTA PRASAD SHAN	72	M	SELF	
2.	DEVALI SHAN	63	F	WIFE	
3.	KALYAN SHAN	41	M	SON	
4.	DI PAK SHAN	38	M	SON	
5.	MAUSUMI SHAN	35	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:					
1. DIAGNOSIS - Cancer - Le.					
2. SURGERY - Le (Sectomy)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED					
1. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED					

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन माना जाता है तो मेरी सहायता निरास भी हो सकती है। 2) मैं इस घोषणा दानि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस दानि का अधिक या कमता किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में नहीं।	
AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक 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 fulfilment 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, दूर, वाक/वाक्य द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रकरण का निवारण मेरी इच्छा के अनुसार या फिर मैं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रार्थना करता हूँ। 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे पता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित गतिविधियों और उपलब्धियों को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्हक के 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 की और से यहाँ/होस्पिटल को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) किन प्रस्ताव से लाभ न उठाकर करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठाकर लेनी/पाने में हमें या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उठाकर लाभ के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/सफल हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय प्रारंभ उठाकर लेनी/पाने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेनी/पाने। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हस्पताल द्वारा ही नहीं जानता कि कितने गंभीर उपचार/प्रक्रिया का प्रस्ताव लेनी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में लेनी के इलाज प्रस्ताव और अपने जाने की सही जिम्मेदारी लेनी एवं हस्पताल को होनी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होनी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery अर्हक की तारीख 05-01-2019	Dr. Arghya Das MBBS, MS Reg. No.-69372 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप
Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
