

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: K/0119/ 2464		APPLICATION DATE: 12.01.2019		
NAME of APPLICANT: DAYAMALE DAS		AGE-YEARS: 74	SEX: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KALIPADA DAS				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: PURBA KHEJURKHERLA NORTH 24 PAKSHIYAS 443435 WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
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	DAYAMALE DAS	74	M	SELF
2	KALIPADA DAS	81	F	WIFE
3	SRINIVASA DAS	37	M	SON
4	PARUL JANA	26	F	DAUGHTER
5	JHARNA SAU	32	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Card Copy)	Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2	SURGERY - LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1				
2				

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरास हो या रद्द होगी।
- 2) मैं इस बात को सत्यापन दूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रमाण नहीं दूँगा, इस दवा की आर्थिक या प्रत्यक्ष प्रत्यक्ष किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से या तो भविष्य में और न ही वर्तमान में।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

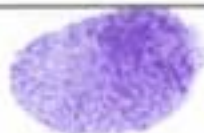
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-up/republish my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वेद सत्य, सत्य, सही और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, प्रकाशित एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही होने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से माँगा गया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, सही और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उसे प्रकाशित या प्रकाशित हो सकता है। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उक्त गतिविधियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु माँगा नहीं गया है तो हस्पताल किसी अन्य भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या दिने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीसे हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और स्वतंत्र होने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुक्ति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12.01.2019	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCO Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Srijankar Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

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