

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0119/2495	APPLICATION DATE: 14-01-2019
NAME of APPLICANT: KUMTIBALA SARDAR	AGE-YEARS: 60
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: AJAY SARDAR	SEX: F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: AMJHARA, BARANADA UPAR PARA, BASANTI SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE	

OCCUPATION: HOUSE WIFE	MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित)
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL	(Attach Proof of Income)
PAN No. 8888 8888	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No	

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	KUMTIBALA SARDAR	60	F	SELF
2.	AJAY SARDAR	53	M	HUSBAND
3.	TAPAN SARDAR	27	M	SON
4.	TARUN SARDAR	26	M	SON
5.	SOMALI SAFUL	32	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	
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (3/25/19)

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 पत्र:

- 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 एवं सचन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात से सादा दिली "कोशिका फाउन्डेशन", से ही यह पता चले है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जावेगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस दत्त का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य फोरेन/डोमेस्टिक/नॉन-कॉर्पोरेट से न ले 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 its Trustees to use/publish/print-up/produce 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 में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एवं न्यासीयों, दूर, साक्षात्कार एवं इंटरव्यू से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उचित माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं, उनसे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों 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 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 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 यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से सचन व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद की जाती है, जो कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उम्मीद के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/समस्त हेतु मरदा नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मरदा उम्मीद की जाती है कि सहायता सिफारिश मरदा उम्मीद की जाती है कि सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हस्पताल द्वारा लेने वाली सहायता के बिना हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में लेने के इच्छा रखता और जाने जाने की ओर निर्णय लेने एवं हस्पताल की ओर और "कोशिका" को कोई दबाव या निर्णय इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14.01.2019	 Renu Kumda MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Shih Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर 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