

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Stock of Life

APPLICATION No.: K/0119/2513 APPLICATION DATE: 14.01.2019

NAME of APPLICANT: PANCHANAN GARAI AGE-YEARS 72 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BALARAM GARAI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KALAKURT, TILUAI, BAIKURA 722153

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: UNEMPLOYED

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

PAN No.:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	PANCHANAN GARAI	72	M	SELF
2.	LATEXIA GARAI	80	F	WIFE
3.	GOUTAM GARAI	38	M	SON
4.	MAHAKUMAR GARAI	35	M	SON
5.	RANJAN GARAI	31	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
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY LE (SUCCESSFUL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
---------	----------------------	------------------------------------

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा कथन पर:

- 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 कथन करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में मांगे गए हैं।
- 3) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कथन)

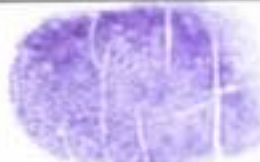
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'न्यासी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस आवेदन में शामिल हैं, उसे "कोशिका" एन.पी.आई., दान, सार्वजनिक एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे आवेदन का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.पी.आई. उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथन)**

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 ओर से चालू/लेने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त की अन्यथा "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/नकार हेतु मनाजु नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आगामी दिनों में हम उस रोगी/रोगी के लिये किसी और सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता कबल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाजकाल इस पर निर्भर नहीं करता है बल्कि रोगी के उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हमारा डॉक्टर का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमारा डॉक्टर रोगी के इलाज सुझाव और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमारा डॉक्टर को होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

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