

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(सहाय्य देखभाल)			
APPLICATION No. : K/0119/2548		APPLICATION DATE : 16-01-2019		 Koshika foundation Building block of life			
NAME of APPLICANT : ARANDA THAKUR		AGE-YEARS : 65				SEX : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RAMGHAAR THAKUR							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : PART NO 242, PANEHATTI, NORTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE							
OCCUPATION : UNEMPLOYED		MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)					
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL		(Attach Proof of Income)					
PAN No. : [Blank]							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No					
Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
FAMILY DETAILS परिवार विवरण							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1.	ARANDA THAKUR	65	M	SELF			
2.	SUSITA THAKUR	62	F	WIFE			
3.	RAJESH THAKUR	29	M	SON			
4.	ANIL THAKUR	26	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:							
सहायता हेतु किन्ने गये विपत्ती का उद्देश्य:							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
1.	MAGNETIC - CATARACT - RE						
2.	SURGERY - RE (STICS + IOL)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त गयी है?							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED					

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वा प्रमाण 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 यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं द्वा को सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से ले रहा हूँ, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में प्रमाणित हैं।
- 3) मैं यहाँ प्रमाण दे रहा हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वा 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 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 प्रमाण पत्र पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति और स्वीकृति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण पत्र में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा, प्रकाशित करने के माध्यम से, दूरदर्शन से, मुद्रित माध्यमों और इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रमाण पत्र पर हस्ताक्षर करने के बाद से मेरे मामले के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से मेरी सहायता होगी।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त भविष्य में का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वा 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.

हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से मालिक/होस्टल को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि न तो भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज के लिये या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वा प्रमाण दे रहा हूँ कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस द्वा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वा से यह स्पष्ट है कि वे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के हस्ताक्षर, मुद्रा और अन्य जाने की सही विनियमों रोगी एवं हस्ताक्षर की ओर और "कोशिका" को कोई दबाव या विनियम इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तिथि 16-01-2019	Shanker Bagchi MBBS, MS, (OPHTH) (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पंजीकृत नंबर	Shanker Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम, पद, हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

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