

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : K/0109/2556		APPLICATION DATE : 16.01.2019		
NAME of APPLICANT : NEMAI DUTTA		AGE-YEARS : 58	SEX : M	
FATHER/SPOUSE'S NAME : NITYANANDA DUTTA				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : PART NO 261, PATHIMATE, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE				
OCCUPATION : LABOURER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1700 X 12 = 20400/-		(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.	NEMAI DUTTA	58	M	SELF
2.	LAKSHMI DUTTA	46	F	WIFE
3.	SAIKAT DUTTA	24	M	SON
4.	MAUMITA SWADHAR	21	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:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE			
2.	SURGERY - RE (SIGS - 1102)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यु फॉर्म कऱः)

- 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) मै यहाँ कऱऱ हूँ कि इस फॉर्म में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे ग्राहकता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मै यहाँ कऱऱ हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में वर्णित है।
- 3) मै यहाँ कऱऱ हूँ कि मैं इस मदद से भुगतान नहीं करूँगा, भविष्य में भी नहीं करूँगा, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो भुगतान है और न ही भुगतान के लिए हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यु कऱऱ)

- 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ कऱऱ हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में वर्णित है, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा कऱऱ विवरण में इसका उपयोग करने का यह मेरे द्वारा कऱऱ "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी के द्वारा प्रसारित करने का हक्क नहीं होगा। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के पूर्ण होने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्यु कऱऱ)**

- 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 करके, हमारे द्वारा सिफारिश करने वाले अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर पर, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं:

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वही रोगी/रोगी के लिए वही मदद मिलेगी, जो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा मदद नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से मदद मिलने की आवश्यकता होगी।
- 2) कोशिका फाउंडेशन द्वारा दी गई मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हस्पताल द्वारा ही किया जाएगा और इसका निर्णय रोगी और हस्पताल के बीच है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा दी गई मदद कोशिका फाउंडेशन द्वारा दी गई मदद को प्रभावित नहीं करेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16-01-2019	Dr. Hari Shanker Bagchi MBBS, MS, (OPHTH) (Name of Doctor with Stamp) हरीशंकर बागची, एमबीबीएस, एमएस (ऑफ्थैल्मिक) हरीशंकर बागची, एमडी, एमएस (ऑफ्थैल्मिक) सेंटर	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) शिव संकर बागची, निदेशक, आंखों की रोगों के शोध केंद्र
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

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