

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)			
APPLICATION No.: K/0119/2646		APPLICATION DATE: 18/01/19					
NAME of APPLICANT: ANGURBALA KAYAL		AGE-YEARS: 57				SEX: F	
FATHER/SPOUSE'S NAME: KACHI KAYAL							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KACHA WADA, KACHA WADA, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE							
OCCUPATION: HOME MAKER				MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL				(Attach Proof of Income)			
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	ANGURBALA KAYAL	57	F	SELF			
2	KACHI KAYAL	57	M	SON			
3	ASHA KAYAL	57	F	DAUGHTER			
4	LAKSHMI KUMAR	57	F	DAUGHTER			
5	ASHA KAYAL	57	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:							
Medical Reports/Prescriptions Attached							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE						
2	DIAGNOSIS - LE (GLAUCOMA)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED				
1							
2							
3							

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्राप्त न हो तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में परागित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी 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 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 अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, जो "कोशिका" द्वारा या उनके द्वारा उद्देश्य के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। इस प्रकार का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या "ट्रस्टी" अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित हैं, उनसे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के लिये अंतिम और अग्रिम निर्णय 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 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, इस प्रकार की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करता है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश की जाएगी, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उद्देश्य के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परराष्ट्र हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अंश/पूर्ण रूप से नहीं दी जाती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश करेगा। इस प्रकार का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या "ट्रस्टी" अधिकृत हैं।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में परागित है। इस प्रकार का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या "ट्रस्टी" अधिकृत हैं। इस प्रकार का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या "ट्रस्टी" अधिकृत हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/04/19

Dr. Anjanjay Giri
8889 MS
No. 60578
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व इच्छा व छाप

Dr. Anjanjay Giri
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
यह व पर हस्ताक्षर 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