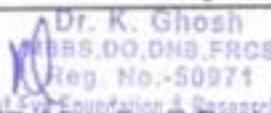
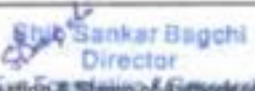
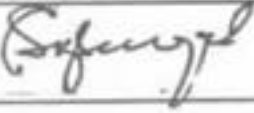


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No.: K10119/2727		APPLICATION DATE: 20/01/19			
NAME of APPLICANT: SMRITIKATA BASAK		AGE-YEARS: 55	SEX: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RABIN BASAK				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 50 KRISHNAPUR ROAD, SOUTH DUMDUA, SOUTH 24 PARAGANAH HOBBLES, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: SAME AS ABOVE					
OCCUPATION: DOMESTIC HELP					
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1000 x 12 = 12000/-		(Attach Proof of Income)			
PAN No. XXXX XXXX					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
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. DIAGNOSIS-CATARACT-LE					
2. SURGERY-LE (SICS+LOL)					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
NAME of OTHER SOURCE					
AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED					

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें: 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इस बात की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में परामर्श है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही मिलेगा और न ही भविष्य में मिलेगा।	
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/post-up/republish 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, चिकित्सक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसार करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रारूप पर विवरण की प्रकाश की प्रतियां या अन्य मेरे कार्य के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत हैं। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी न्यायीयों 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 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, हस्ताक्षर की और से कार्यरत/देगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) विषय प्रसार से लाभ न झूझकर करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उसका लेन/देन करने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/कियेगी उसका से सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय पत्र उस लेन/देन/प्रदान हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/देना। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। लेने या हस्तागत इस से नहीं सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का प्रचार लेने एवं हस्तागत को रोग का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। इसीलिए हस्पताल में लेने के इलाक़ प्रचार और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी लेने एवं हस्तागत को लेने और "कोशिका" को कोई प्रचार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख  Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCS Reg. No. - 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 