

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य रक्षक)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: K/0119/2753		APPLICATION DATE: 22/01/19					
NAME of APPLICANT: LAKSHMI SARDAR		AGE-YEARS: 64		SEX: F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LALIT SARDAR						 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MAHESHPUR INDRA BASANTI, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE							
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)					
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.	LAKSHMI SARDAR	64	F	SELF			
2.	AWADH SARDAR	42	M	SON			
3.	RUNA SARDAR	49	F	DAUGHTER			
4.	SHYAMALI MORDAL	52	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:		Medical Reports/Prescriptions Attached 1. DIAGNOSES - CATARACT - RE 2. SURGERY - RE (SICS + IOL)					
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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने के लिए गलत जानकारी दी गई हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से लेने का हूँ, क्योंकि मैंने इसकी सहायता के लिए कहा है, जो इस प्रमाण में वर्णित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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 बात पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रमाण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रमाण में वर्णित "उद्देश्य" के लिए जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है, उसे सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक 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 हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा लेने/पाने में हमें या से कोई भी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उठा लेने के कारण मैं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अंतिम/अवकाश हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा वित्तीय सहायता उठा लेने/पाने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेने/पाने।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह सहायता किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर को बीच का निष्पत्ति है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में लेने से हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने करने को सही दिशे-दिशे लेने एवं हस्ताक्षर को सही और "कोशिका" को कोई भी प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संलग्न

Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 23/01/19	Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No. - 50578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shik Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

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