

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)	
 Koshika foundation Building block of life.					
APPLICATION No.: K/0399/2776		APPLICATION DATE: 24/01/19			
NAME of APPLICANT: BAARATI PAIK		AGE-YEARS: 74	SEX: F		
FATHER/SPOUSE'S NAME: BHAKTA PAIK				 	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: TARA KUMAR KAMARATHA ROAD, RAJPUK, CANALPUR, SOWRI 24 PARAGANAS 800146, WEST BENGAL.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: HOME MAKER.					
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
PAN No. (यहाँ चिह्नित करें)		(Attach Proof of Income)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No			
YES / NO		हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS (परीवार विवरण)					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1	BHARATI PAIK	74	F	SELF	
2	SHAKHARI MONDAL	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)	
गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र		आय आय वर्ग प्रमाण पत्र		उपरोक्त कोई	
(प्रमाण पत्र की जांच प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की जांच प्रति संलग्न करें)		(प्रमाण पत्र की जांच प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
सहायता हेतु किसे मने विज्ञापन का उद्देश्य:					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1	MAGGUS - (MAGNET) - LE				
2	SUGGEST - 16 (SUGGEST)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1	अन्य स्रोत का नाम		लेई गई सहायता राशी		
2					
3					
4					

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पर)

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता सिद्ध की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यता पूर्ण "कॉशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पेट किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्यक्ष को नहीं है, उस वक्त का अतिरिक्त या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्ही "कॉशिका" दम्प न्यायी, दान, समर्थन हेतु उद्देश्य से मुझे पॉसिबिलिटी और उपलब्धता के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" दम्प उन्ही न्यायी का निर्णय अंतिम और सम्भवकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मजबूत/होती को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उम्मा लेनी/पाने में लगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उम्मा के सम्भव में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/समस्त हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इसी तरह मदद उम्मा लेनी/पाने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेती।

2. "कॉशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस द्वारा ही होना चाहिए या किने गये उपचार/उपक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कॉशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/01/19	Dr. Namita Ray MBBS, MSc, FRCGS Reg. No. 18853-AMC Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाज का पेटि 2	Sankar Dasguchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)

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