

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: K/0119/2785		APPLICATION DATE: 24/01/19		
NAME of APPLICANT: KARUNA GHOSAL		AGE-YEARS: 39	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BABLA GHOSAL				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: TILAK NITRA LANE, KASPUR NARAI-16, SANIAPUR, SOUTH 24 PARAGANAS HOOGLY WEST BENGAL.				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -				
OCCUPATION: COOK.				
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1400x12 = 16800/-		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		(Attach Proof of Income)		
Yes / No		(अथवा का सत्य स्रोत)		
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	KARUNA GHOSAL	39	F	SELF
2	BABLA GHOSAL	50	M	HUSBAND
3	SAPTAMI GHOSAL	17	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		Any Other Basis/Proof		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	1. CATARACT - RE			
Sr. No.	2. SURGERY - Rn (Sight)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना प्रमाण की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से हो या नहीं है, समझा जायेगा उसी संस्था की पूर्ति के लिये किन्हीं कारणों, जो इस प्रकरण में वर्णित हैं।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस प्रमाण हेतु या भविष्य में नहीं, उस प्रति का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में वर्णित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, एन, सचराज्य एम्प्लॉयर से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण में प्रमाण के लिये या कर के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रमाण के लिये वर्णित हैं, प्रमाण के लिये प्रमाण का प्रचार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर व्यवस्थापकों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) किन्हीं प्रकार से धन या स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी कारणों से प्रमाण या किसी अन्य सोर्स से प्राप्त हो सकेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रमाणित उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रमाणित/प्रमाणित हेतु प्रमाण नहीं किन्हीं कारणों से प्रमाणित प्रमाण या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि प्रमाणित प्रमाण पर उपाय लेने हेतु प्रमाणित हेतु किसी भी प्रकार की प्रमाण या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तीय प्रमाण की है। रोगी या प्रमाणित द्वारा ही वह सहायता या किन्हीं अन्य उपचार/प्रक्रिया का प्रमाण लेने एवं प्रमाणित के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिये प्रमाणित में रोगी को प्रमाण प्रमाण और अपने अपने को सही सिफारिश/प्रमाणित एवं प्रमाणित की ओर और "कोशिका" को कोई प्रमाण या सिफारिश/प्रमाणित प्रमाणित नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Asmita Ray MBBS, MS, FPOS Reg. No. -18853-AMC Specialist in Orthopaedic Research Centre (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर व पद, हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
------------------------------------	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ति हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ति हस्ताक्षर 2
	