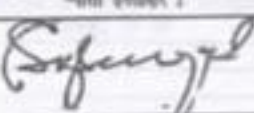


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life.	
APPLICATION No.: K/0009/2787		APPLICATION DATE: 24/01/19			
NAME of APPLICANT: SHEFALI BISWAS		AGE-YEARS: 55		SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAJEN BISWAS					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: UTTAR HOSAINPUR, DHANAKA, NADIA, WEST BENGAL.		 			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -					
OCCUPATION: COOK.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1200x12 = 14400/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
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.	SHEFALI BISWAS	55	F	SELF	
2.	RAJEN BISWAS	55	M	HUSBAND	
3.	STUTI BISWAS	20	F	DAUGHTER	
4.	LATIKA BISWAS	25	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. Diabetes Mellitus - LE					
2. SUGAR - LE (SUGAR)					
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 की: 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इस से आशय रखता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पदार्थित है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में या नहीं, इस रकम का आंशिक या सहाय विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से नहीं 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 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 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 (आवेदनक) अपने नाम, पता, फोटो एवं "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित किए जाएंगे, जिसके माध्यम से वे "कोशिका फाउंडेशन" के लिए दानों को एकत्रित करने के लिए मेरी फोटो और विवरण का उपयोग कर सकते हैं। इस उपयोग का निर्णय कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के पास होगा जो मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करेगा। 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी मदद, सहायता या हस्ताक्षर नहीं मिलेगा। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई मदद को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के निर्णय पर ही निर्भर करेगा।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप 	
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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, हमारे द्वारा यहाँ, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं: 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी रोगी के लिए वित्तीय सहायता हेतु कोशिका फाउंडेशन से मदद नहीं ले रहे हैं, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन से मदद हमें पूरी नहीं मिले। यदि कोशिका फाउंडेशन से मदद हमें पूरी नहीं मिलेगी, तो हमें अपने आप से मदद करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अर्थ में स्पष्ट किया जाता है कि कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का निर्णय रोगी और कोशिका फाउंडेशन के बीच के समझौते पर आधारित है, जो कोशिका फाउंडेशन से किसी भी प्रकार से रोगी के उपचार या सुरक्षा को प्रभावित नहीं करता है। इसलिए कोशिका फाउंडेशन को रोगी के उपचार या सुरक्षा में कोई भी भूमिका नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए घोषणा	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/04/19	Dr. Anurag Ray MBBS, MS, FPOS (Name of DO & Reg. No. with Stamp) Surgeon, Eye, Ear, Nose & Throat Research Centre
Dr. Sanjay Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 