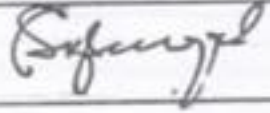


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0119/2798				APPLICATION DATE: 24/01/19			
NAME of APPLICANT: MANJU RAJBANSHI				AGE-YEARS: 40		SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MADHU RAJBANSHI							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MADHYAPASCHIM BIDYADHARPUR JAGAMAL BHATNARA WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE							
OCCUPATION: COOK				MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (निश्चित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1200 x 12 = 14400/-				(Attach Proof of Income)			
PAN No. [Blank]				Yes / No			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				Yes / No			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण							
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant			
1	MANJU RAJBANSHI	40	F	SELF			
2	SOMA SAIKHAR	24	F	DAUGHTER			
3	SHRUTI MATHAL	24	F	DAUGHTER			
4	RUMA RAJBANSHI	20	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	
[Blank]		[Blank]		[Blank]		[Blank]	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु दिने गये निम्नी का उद्देश्य:							
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached						
1	Diagnosis - [Blank]						
2	Surgeries - [Blank]						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES							
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
1	[Blank]			[Blank]			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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. 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है। 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है। 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रवर्तन नहीं करूँगा, जो भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से प्राप्त किया जा सके और न ही अधिकार में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण) 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/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 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. 3) इस प्रकरण में आवेदनक द्वारा दिये गये सभी विवरण, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके आचार्य" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा दिये गये, दान, सहायता एवं उद्देश्य के लिये विभिन्न माध्यमों के माध्यम से किया जा सके, जिससे कोशिका फाउंडेशन को दान प्राप्त हो सके। 4) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के उद्देश्य के प्रकाशित करने से कोशिका फाउंडेशन को दान प्राप्त हो सके। 5) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के उद्देश्य के प्रकाशित करने से कोशिका फाउंडेशन को दान प्राप्त हो सके।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएँ 엄指 का निशान	
	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण) 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. हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आवेदनक/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं। 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये माँगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सहायता प्राप्त करने के लिये माँगा है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के माध्यम से हम यह स्वीकार करते हैं कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा दिये गये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को दिये गये उपचार और किये गये सभी विनिर्देश रोगी एवं हस्पताल की ज़िम्मेदारी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिये संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/04/19	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी Dr. Shishu Sankar Bagchi Director Koshika Foundation Centre
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 