

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)



APPLICATION No.: K/0119/2808 APPLICATION DATE: 24/01/19

NAME of APPLICANT: SHEFALI SINGH AGE-YEARS: 60 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BIREN SINGH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 1/948 SECTOR 4, SUKANTA NAGAR, BISHNUPUR, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -



OCCUPATION: HOME MAKER.

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

YES / NO

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	SHEFALI SINGH	60	F	SELF
2	BIREN SINGH	66	M	SON

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:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	Surgery - LE (Scleral Int.)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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. 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र 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 इससे सातक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, जिसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में वर्णित है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो भुगतान लेगा और न ही भविष्य में लेंगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/print-out/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत होकर, मैं (आवेदक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" पत्र, पत्रिका, दूरदर्शन, दूरभाष, दूरचित्रोद्धार, दूरदर्शन से जुड़ी पत्रिकाएँ और इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों के लिये किसी भी प्रकार सामान्य से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्च या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों के प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" पत्र, पत्रिका, दूरदर्शन या दूरचित्रोद्धार और दूरभाषों से होना।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा 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 ओर से आगे-पीछे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से पक्ष में स्वीकार करते हैं। 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से पहले कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु समुदाय की बिना प्राप्त है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेना। 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी चर हस्पताल द्वारा ही नहीं करता है किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसी के इलाज सुझा और अपने करने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/01/19	(Name of Dr. [Signature], No. [Stamp]) डॉक्टर [Signature] [Stamp] [Stamp]
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) [Signature] [Stamp]	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2
	