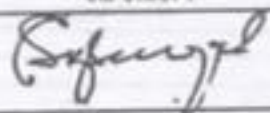


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहाय्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: K/0110/8813		APPLICATION DATE: 25/01/19		
NAME of APPLICANT: ANJALI NASKAR		AGE-YEARS: 50	SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SUKUMAR NASKAR				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: HANRA, UTTAR MUKUNDAPUR, SOUTH 24 PARGANAS, 743339, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE				
OCCUPATION: HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income)		
PAN No. (आपका PAN नंबर)				
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.	ANJALI NASKAR	50	F	SELF
2.	SAMPA HALDER	27	F	DAUGHTER
3.	CHAMPA MONDAL	24	F	DAUGHTER
4.	CHAMELI HALDER	21	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				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वाय करत) 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रकरण में मिले गये सभी निशान मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निशान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है। 5) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है। 6) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, उस मदद का अधिक या कमता किसी अन्य फोरेन/डोनेयर/बीमा कम्पनी से या जो निशान है और न ही भविष्य में लूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वाय करत) 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. 3) इस प्रकरण पर मेरी इच्छाता या अनुरोध की प्रतीति के रूप में, मैं (अर्शेक) अपने नाम की छाप लगाऊँगा एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो निशान इस प्रकरण में बताया है, उसे "कोशिका" द्वारा, प्रकाशित करने के लिये उपयोग करे। इससे पहले कि मैं इस प्रकरण से सहायता प्राप्त कर सकूँ, मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और निशान जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है उसे सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अर्शेक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान		
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वाय करत) 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, हस्पताल की ओर से यहाँ पर हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से मदद न लेंगे। 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/प्रकरण के लिये या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रकारित प्रकरण के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी सहायता संगठन से प्राप्त नहीं की जाती है तो हमें सहायता के लिये अन्य स्रोतों से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा प्रमाण यह है कि हमारा प्रमाण यह कि हमारे पास या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगा। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता हमें वित्तीय प्रदान की है। हमें यह स्पष्टता है कि हमें यह सहायता/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हमारे हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमारा न तो हमें सहायता प्रदान करने की ओर या किसी भी प्रकार की सहायता की ओर और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05/04/19	Dr. Alok Agrawal MBBS, MS, Ph.D (Eye) FJMR Reg. No. 33786 (Nativity of Dr. Alok Agrawal, No. with Stamp) डॉ. अलोक अग्रवाल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. Sahkar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) डॉ. सहकार बागची का नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 