

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)				 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: 11/0110/2835		APPLICATION DATE: 25/11/19			
NAME of APPLICANT: NANDARANI GHOSH		AGE-YEARS: 66	SEX: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DEBENDRANATH GHOSH					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: D. NARAYANPUR, GHANGAR, SOUTH 24 PARGANAS, 743502, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: HOUSE WIFE		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)			
PAN No. (आपका PAN नंबर)					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हा / नहीं					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध	
1.	NANDARANI GHOSH	66	F	SELF	
2.	GOBINDA GHOSH	73	M	HUSBAND	
3.	TAPAN GHOSH	44	M	SON	
4.	DEBU GHOSH	41	M	SON	
5.	SUBHAS GHOSH	38	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच की जा रही है)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की जांच पर (आय पर की जांच की जा रही है)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जांच की जा रही है)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (IOL + IOL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED करी गई सहायता राशि			

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन मागत प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बतलाया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, न तो भविष्य में, न ही किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता है और न ही बीमा में मुआवजा।

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/post-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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान देकर, मैं (आवेदनक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" फण्ड, पत्र, ध्वनि, चित्र, इत्यादि के माध्यम से दूसरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या फिर मेरे मामले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मांगी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे कदा: सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फण्ड उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और मान्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठी 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 यहाँ/होस्पिटल को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) विना प्रस्ताव से अन्य से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के मामले या किसी अन्य रोगी से उठाया जायेगा जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अंश/पूर्ण रूप से नहीं दी जाती है तो हमें सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोगी के मामले या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करता जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और उसकी सुरक्षा और अन्य बातें जो रोगी के मामले में होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/01/19

Dr. Anil Aggarwal
MBBS, MS, FRCS, FICMRF
B.M. 34705
(Name of Dr. & Design. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2