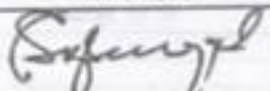


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0119/2865		APPLICATION DATE: 08/01/19	
NAME of APPLICANT: JAYARANI CHOWDHURY		AGE-YEARS: 56	SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAMPADA GHOSH			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: JOYPUR, RAHIDA, BIRAHUM, 751130, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			
OCCUPATION: HOUSE WIFE			
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		(Attach Proof of Income)	
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1.	JAYARANI CHOWDHURY	56	F
2.	LAKSHMI KHATA	67	M
3.	PRASANTA CHOWDHURY	54	M
4.	ARCHANA CHOWDHURY	30	F
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof
(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Copy)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE		
2.	SURGERY - RE (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: (अर्शक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है। 2) मैं इस को सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में चर्चा में है। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस प्रार्थना हेतु मैं भविष्य में पूर्ण रूप से, या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।		
AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत) 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 is final and acceptable to me. 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके-न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उक्त "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, या अन्य माध्यमों द्वारा, शब्दों, छपाई, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों द्वारा, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए, या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इसका उपयोग करने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीय अधिकृत हूँ। 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस प्रार्थना के उद्देश्य से प्रकाशित करने से मेरे अधिकृत होने के लिए कोई भी अधिकृत नहीं है। इस प्रार्थना के उद्देश्य से प्रकाशित करने का अधिकार केवल कोशिका फाउंडेशन के न्यासीयों के पास है।		
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान 		
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत) 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. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ-दिए-गये "कोशिका फाउंडेशन" को लिखित प्रार्थना हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) के किसी भी अन्य स्रोत से मदद न लेते। 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में लिखित प्रार्थना किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य स्रोत से उक्त प्रार्थना के लिए मदद ले रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/मिशन उक्त को सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रार्थना किसी भी अन्य स्रोत से मदद नहीं किया जाय तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि हमारे पास प्रार्थना के लिए उक्त प्रार्थना हेतु किसी भी सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं प्रार्थना केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास प्रार्थना के लिए मदद लेने का अधिकार सुरक्षित है। हमारे पास प्रार्थना के लिए मदद लेने का अधिकार सुरक्षित है। हमारे पास प्रार्थना के लिए मदद लेने का अधिकार सुरक्षित है।		
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए अनुमति		
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/01/19	Dr. K. Ghosh MBBS, DNB, FRCS Reg. No. - 50871 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2 