#### APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थय देखभाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: 22 APPLICATION No. 1 Solding block of Illa: 07/10 K10710 10984 उठवेदन संख्या : आवेदन तिथी AGE-YEARS SITS-TO SEX Ren NAME of APPLICANT : PRABHABATI HAZRA आवेदक का नाम 44 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HARTPADA HAZRA पिता/कटुम्भ का नाम PRESENT RESIDENCE ADDRESS अतम् अवासीय पड , KASULPUR, MEDIART I, BARDDHAMAN PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 14115 MINISTER WIT AS ABOVE -MARRIED (TORIST) / UNMARRIED (STORIST) OCCUPATION: MAKER Home व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME: 1900 x12= 22800/ (Attach Proof of Income) RS बूल वर्षिक आप (आय का साक्ष्य संलग्न) PAN No. स्पाई खाटा संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes I No स्रों / नहीं क्या आप आप कर राता है (जो मान्य हो उस पर सही का निहान समाये। FAMILY DETAILS WHER FREET Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant Sr. No. सिंग उस्र (वर्ष) आवेदक के साथ सम्बंध परिवार के सदस्यों का नाम क्रम संक्रम KATHAKATI HAZKA 14 48 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये बिनति आधार **BPL Card** EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis/Proof अस्य अस्य वर्ग प्रयाग पत्र उपयोजना कार्ड गरीजी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अन्य कोई साक्ष्य (प्रयाण पत्र की धाना प्रति संलान करे। (प्रयास पत्र की काया प्रति संसाय करे। (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संसान करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उर्देश्य: Medical Reports/Prescriptions Attached Sr. No. अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न क्रम संख्या DEAGNOST ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य सहायाग किसी अन्य स्वांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED Sr. No. अन्य प्रवोत का नाम ली गर्व सहायता एशी क्षम संख्या

#### DECLARATION by APPLICANT: अवरेशक द्वारा प्रोपण पत्र:

- 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.
- 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 & w.II 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 चोचना करता 🕻 कि इस प्रक्रम में दिने नमें सभी विकास मेरी कानकारी के अनुसार साथ वर्ग नहीं है। परि कोई नियरन एवं कथान असत्य चारा जाता है तो गेरी सहाथता नियर की 🗷 सकती है।
- 2) भी द्वार जो सहस्वत राति "कॉलिका फाउन्हेशन", से ली जा खी है, उसका उपयोग उसी उरेस्प को पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पर गय है।
- मैं पुष्टि करत है कि किए प्रशासन हेतु यह प्रार्थन की गई है, उस शींत का अधिक या प्रकल दिल्ला कियी अन्य प्रोत्तरियोक्क बीधा करवानी से न ले लिया है और न ही परिचय में मुख्य

# AGREEMENT by APPLICANT (SERVE DE WEEL)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रथम पर अपने इस्ताक्षर या अंगते की खाप लगाकर, मैं (आनेएक) अपनी सक्ष्मीत को पूर्ण पार्ट हैं एवं "कोटिका पर्वादेशन और उसके न्यानीयों " को अधिकृत करता हैं कि मेरा मान, पार्ट, मोटी और जो विवास इस प्रथम में पीचित है, उसे "कोटिका" एवन् न्यानी, रान, माननाथ पूतरे उप्तेशन में पूत्री परिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी थी प्रसार मानवाय में प्रसार करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अवदेदक) इस बात से शहनत हैं कि गेरा चल, पता, फोटों और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वतः सहायता का हकरार नहीं बचता। इस सम्बंध में "कॉशासा" एवप् उसके न्यासियों का निर्णय अंदिन और बाय्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : अल्बेरक के बस्तावर या अंदूर्व का निवान



# AGREEMENT by HOSPITAL (WHITH DO WOL)

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इयरे अधिकृत, इस्तक्ष्णे को और से माम्योगीयों को "कोशिका पाउन्हेरान" से विदिय सहायता हेंदू सिकारित को जाती है, निसे इस (इस्थास) निम्न प्रकार से मान्य य स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न से वर्तका और न ही पविष्य में नितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य रखेत से उन्तर देगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका पाउन्हेरान" से सिकारिक/विविद्य उन्तर के सम्बद्ध में "कोशिका पाउन्हेरान" हात पदर हेंदू कि है। पदि "कोशिका पाउन्हेरान" हात सहायता विपत्ति आधिक/सकत हेंदू पन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सिकारिक सन्तरभाव सेने का अधिकार सुर्वित रखता है। इस पूष्टि में स्थाय कहा बाता है कि अस्पताल द्वितीय सदद उन्तर रोगी/मामले हेंदू किसी.
गैर साकारी संस्था पर किसी अन्य सामल से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉरिका फाउन्केशर" में ली गई सक्तमता कंत्रल विशेष प्रकृति की है। रोगी पर उत्पत्तल द्वारा यो गई सलाह या किये गये उपकार/प्रक्रिया का जुनाब रोगी एवं इस्तालत के बीच का विश्वय है और "कॉरिका फाउन्केशर" द्वार कियी प्रकार का कोई रक्तय नहीं है। इसलिये इस्याल में रोगी के इलाज सुरक्षा और उटले जाने की सारी जिप्पेदारी रोगी एवं इस्तालत की डोगी और "कॉरिका" की कोई चुनिका या जिप्पेदारी इस मामले में नहीं होगी।

### RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति Date of Surgery MBBS-MS 115.02568 Indianon's Research Contre Search Exact State & Rusearch Centra Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) on behalf of Hospital) डाक्टर का राम व इस्ताक्षर व रहि २. नाम व पर हम्पताल अधिकृत अधिकारी FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ञानसिक उपयोग हेत् SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यसी इस्तासर । न्यसी इस्तक्षर 2