

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **V/1120/0116**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **02/11/20**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Jyotsna Paul**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **58**

SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **Mukul Chandra Paul**



Proof Postop
(0116) Jyotsna Paul

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Hatibetpur, Maslandapur, Maslandapur**

Maslandapur, Distt. North 24 Parganas, West Bengal

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: **Same as above**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED

OCCUPATION / व्यवसाय: **Nil (Stay in vidhwa ashram)**

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **NA** (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य प्रदान करें) **NA**

FAN No. / आय का नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्राय हो उस को सही का चिह्न लगायें): **हाँ / नहीं ✓**

FAMILY DETAILS - परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Arjun Koshika Paul	Large	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	DMS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगी कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
 सहायता हेतु किसे नये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE - Senile Cataract
	Surgery - (LE) Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो:

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

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 at all made in rejection/cancelled.

2) I solemnly confirm that assistance 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, seek or reimbursement, in part or in full, from any other source/employer's insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई क्लियर एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त करूँगा, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से ही हीरे किया जाएगा जो इस प्रारूप में घोषित है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत या स्वयंसेवक/व्यक्तिगत/कर्मचारी बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use my name, photo, address, phone & 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) (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 enable me for receiving or obtaining 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) मैं इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित है, इसे "कोशिका" एवम् उसके नाम, पता/पता/दूरता उद्देश्य से कुछ गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाके के पत्रों या शब्द में नहीं के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और सत्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
 आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

By affixing hospital's signature of our Authorized 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, the H/O Hospital reserves its right to make up the shortfall from any other NGO or any other source. This confirmation expressly 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 mode of the treatment/procedure administered/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, हॉस्पिटल को यह घोषणा करनी होगी कि "कोशिका फाउन्डेशन" से विनियमित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विनियमित सहायता किसी भी हस्तक्षेप संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग/रोगी के लिए की जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित सहायता के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त करने की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अस्वीकार/रद्द कर ली जाती है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हॉस्पिटल पर उक्त रोगी/रोग/रोगी के लिए विनियमित सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा रहा है, यह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोग/रोग/रोगी का उपचार या कर्तव्य हम उपचार/उपचार/उपचार का माध्यम होगी एवं हॉस्पिटल को रोगी का उपचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का हस्तक्षेप नहीं करेगा। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी को उपचार देना और अपने कर्तव्य की सादर जिम्मेदारी होगी एवं हॉस्पिटल को रोगी और "कोशिका" से कोई भी भविष्य में जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिए अनुमति

Dr. Ashwini Kumar
 M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
 Reg. No. - 68028
 Date: 02/11/20

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व इलाका व संस्था, न.

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



FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 सदस्य 1 हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 सदस्य 2 हस्ताक्षर
	