

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/10818/0900** APPLICATION DATE : **03.08.18**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **MAHADEB BISWAS** AGE-YEARS **58** SEX **M**
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **JATAI BISWAS**
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **LATER BORDEN KHARISALANDA, HARON, NORTH-24 PARGANAS, WEST BENGAL**
वर्तमान आवासीय पता
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : **LABOURER**
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : **Rs. 1800 x 12 = 21,600/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **समाप्त**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) हाँ / 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.	MAHADEB BISWAS	58	M	SELF
2.	SHIRNA BISWAS	53	F	WIFE
3.	SWAPNA BISWAS	20	F	DAUGHTER
4.	KALPA BISWAS	26	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) सही रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT RE
2.	SURGERY - RE (SIC 5710L)

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 जी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलत बयान या झूठा बयान दिया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बयान किया गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड है और न ही भुगतान नहीं लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 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.

1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को सच बता रहा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, सार्वजनिक दूरदर्शन से दृष्टि योग्यताओं और प्रदर्शनों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रत्येक सहायता के लिये मेरे नाम का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व ट्रस्टियों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों से प्रेषित है मुझे तथा: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रतिवेदन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी गतिविधि/संस्था हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट बताना है कि अस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज या उपचार का निर्णय रोगी के चिकित्सक/डॉक्टर का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भुगतान या रिफंड/प्रतिवेदन इस सम्बंध में नहीं होगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निराकरण लगाने)

ACCEPTANCE

REJECTION

मंजूर

नमंजूर

Date of Surgery
आवेदन की तिथि

03.08.18

Dr. A. Kundu
MBBS, MS
Reg No-55127
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, र

Dr. A. Kundu
MBBS, MS
Reg No-55127
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
नमंजूर

[Signature]

[Signature]