

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(सहाय्य देखभाल)



APPLICATION No. : W/0818/0949 APPLICATION DATE : 02/08/18
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ANJALI DEB AGE-YEARS 58 SEX F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BACHHU DEB
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DIS, LENINNAGAR, GARULIA, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : DOMESTIC HELP
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1200 x 12 = 14,400/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पाई छला संलग्न

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 लगायें) 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.	<u>ANJALI DEB</u>	<u>58</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>SAGHATA DEB</u>	<u>36</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियम आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<u>DIAGNOSIS - CATARACT-RE</u>
2.	<u>SURGERY - RE (STCST+IOL)</u>

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED करी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वारा किया गया)

- 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य एवं सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ बताना हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं सहायता हेतु अब तक किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले चुका हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वारा किया गया)

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 donation to 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके न्यायोपक्ष" का अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायोपक्ष, दान, वसुधादान हेतु उद्देश्य से सूची में विवरणों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से न्यायोपक्ष अधिकृत है।

2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रचारित है मुझे स्वतंत्र सहायता का हक्क नहीं होगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

Anjali Deb

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

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.

हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रश्न से सत्यता को स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त के साथ ही "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता निरस्ती अथवा अस्वीकार हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त हेतु सिफारिश की जाती होगी या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना होगा।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो सहायता प्राप्त किया जा रहा है। सही या हस्पताल द्वारा ही प्राप्त सहायता को किसे लाने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देना एवं हस्पताल को सौंपा जा रहा है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपचार सुचारु और जाने जाने को सही विनियमों के तहत ही होगा और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निश्चय लगाने)		ACCEPTANCE सन्तु	REJECTION सन्तु
Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि <i>08/08/18</i>	Dr. Hari Shanker Negi MBBS, MS, (OPHTH) Reg. No. - 45522 Laxmi Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिंक	<i>Sankar Singh</i> Sankar Singh Director Laxmi Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SANCTIONED सन्तुति	REJECTED सन्तु	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2
		<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>