

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0818/0952

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 08/08/18

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : MINARANI DAS

AGE-YEARS / वयु-वर्ष : 44

SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम : SUBAL DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

HULARCHAK, TCHHAPUK, HASNABAD,
NORTH 24 PARGANAS, 743426,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय : COOK

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS. 12000 x 12 = 14,400/-

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थाई खाते संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगायें)

Yes / No
हां / 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.	MINARANI DAS	44	F	SELF
2.	SUBAL DAS	53	M	HUSBAND
3.	SOMA DAS	21	F	DAUGHTER
4.	MOUHA DAS	17	F	DAUGHTER
5.	TOMA DAS	15	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि अन्त

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

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached हस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- LE
2.	SURGERY- LE (SIKSTIOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 कौी गई सहायता राशी

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 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित होता है तो मेरी सहायक निधि को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को सहायक घोषणा "कोशिका फाउंडेशन", से ही कर रहा हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा रखा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं आगे आने वाले समय में पूर्ण रूप से, इस बात का अधिकार या सहायक निधि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह न्यायीयों, धर्म, धार्मिक/वैद्यिक उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण मेरे उपचार से पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से घोषित है प्रचार-प्रसार का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

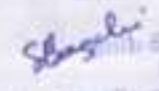
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायक 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 सहायक किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/हमारे में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त कर लेने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक निधि अतिरिक्त/अवकाश हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त होगी/हमारे हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षित और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE मंजूर	REJECTION ख्तम
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 08/08/18	Dr. Hari Shankar Singh MBBS, MS, (OPHTH) Reg. No.-25810 Sri Aurobindo Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रीटि. नं.	 Hari Shankar Singh Director Sri Aurobindo Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनौपचारिक उपयोग हेतु

SANCTIONED मंजूर	REJECTED ख्तम	SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामो हस्ताक्षर 2
			