

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(सहाय्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0818/0961** APPLICATION DATE : **07.08.18**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **ARATI NANDI** AGE-YEARS मातृ-वर्ष **70** SEX लिंग **F**
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **KENARAM NANDI**
पिता/सहस्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
**DIGHIR PAD ROAD BARABAR, KARMAKAR 13,
BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS, 743412,
WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION : **HOME MAKER**
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : **NIL** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No 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 सम्बन्ध
1.	ARATI NANDI	70	F	SELF
2.	GHARMAKARI NANDI	69	M	SON

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (91CS + 10L)

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 शी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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.
 - 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 विवरण सत्य नहीं माना जाये तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में स्पष्ट किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं आगे आने वाले दिनों में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता लेऊँगा और न ही बीमा में दावा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 to 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.
 - 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 का निशान देकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रकार का विवरण मेरे उपचार के पूरा होने के बाद भी जारी रखा जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं उसे सहायता का इंतजाम नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त निर्णय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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:

- 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 its 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, बल्कि कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के उद्देश्य से "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं।
- "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी द्वारा ही सहायता का निर्णय लेने का पूर्ण अधिकार है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार सुझाव और लेने वाले को पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकार्य/निस्तु का निराकरण लगाने)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण	REJECTION समपूर्ण
Date of Surgery उद्देश्य की तिथि 08/08/18	<p>Dr. Prashant Shrivastava MBBS, MCh, (OPHTH) Reg. No. - 05802 Koshika Foundation & Hospital Trusts</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिक, र.</p>	<p><i>(Signature)</i> Sankar Dasgupta Director Koshika Foundation & Hospital Trusts</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी</p>	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SANCTIONED सम्पूर्ण	REJECTED समपूर्ण	SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
		<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>