

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/1218/2139**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **21/12/18**

NAME of APPLICANT / आवेदन के नाम : **DIPU DAS**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **70**

SEX / लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी के नाम : **MONAHAR DAS**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता : **CHERPU, CHANDHERIA NORTH, MURABANAI, S.P.O. 90, WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी पता : **- AS ABOVE -**



OCCUPATION / व्यवसाय : **HOME MAKER.**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :  /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **NIL.**

(Attach Proof of Income) / (आय के प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / PAN संख्या : **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर का दाता हैं (को वही टिक करें जो लागू है) :  Yes / हाँ /  No / 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 / आवेदन के साथ संबंध
1	DIPU DAS	70	F	SELF
2	MONAHAR DAS	75	M	SON
3	SUMITRA DAS	72	F	DAUGHTER

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि अंग**

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पटीसी कार्ड के प्रमाण प्रदान करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:**

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतिलिपि संलग्न
1	DIAGNOSIS- CATARACT- L.E.
2	SURGERY- L.E (SPECTOL)

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?**

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

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा बयान पर):**

- 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.
- 4) मैं यहाँ बयान करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाण प्रस्तुत करने में सक्षम होता है तो मेरी प्रार्थना फिलहाल खींच ली जा सकती है।
- 5) मैं यहाँ बयान कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से यदि कोई भी सहायता प्राप्त होती है, तो केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग की जा सकती है।
- 6) मैं यहाँ बयान करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार का भुगतान नहीं करूँगा, जो कि किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से प्राप्त हो सके है और मैं इसे भी नहीं करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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.
- 3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'व्यवस्थापक'" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रयोग कर सकते हैं, जो कि "कोशिका" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारण, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिये किया जा सकता है और/या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिये किया जा सकता है। मेरी प्रार्थना का निष्पत्ति के रूप में प्रदान की जाने वाली सहायता को प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" पर निर्भर करता है।
- 4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने के लिये प्रयोग किया जा सकता है। मेरी प्रार्थना का निष्पत्ति के रूप में प्रदान की जाने वाली सहायता को प्राप्त करने के लिये "कोशिका" पर निर्भर करता है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

- 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.
- यहाँ अर्शक, हॉस्पिटल की ओर से प्राधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने का कार्य है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम यह स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तीय सहायता के लिये सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हमें इस बात का पता है कि "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तीय सहायता के लिये सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
  2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तीय सहायता प्राप्त होती है, उसे केवल वित्तीय सहायता के रूप में ही माना जाएगा। रोगी का उपचार और उपचार का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता को प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं होता है। अतः हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिये पूर्ण जिम्मेदारता और सुरक्षा के लिये "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारता नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिये सिफारिश

Date of Surgery अर्शक की तारीख 21/12/18	Dr. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCS (Name of Dr & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्तेमाल के लिये	Shib Sankar Bagchi Director (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 आन्तरिक उपयोग 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आन्तरिक उपयोग 2