

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2364 APPLICATION DATE: 08/01/19

NAME of APPLICANT: JAGADISH DAS AGE-YEARS: 70 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ASHOK DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

128/13, MARVELDARIGI MAIN ROAD KATKULGACHI
KOLKATA 700054 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: UNEMPLOYED

MAJORED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

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.	JAGADISH DAS	70	M	SELF
2.	KAGLY DAS	37	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी कार्ड के साथ 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे नये विधियों 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 (SUCCESSFUL)

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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदनकृत प्रमाणित करता:**

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पदार्थित है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से न तो अन्यत्र से न ही भुगतान की जायेगी, उस एवम का व्ययिक या सहायक विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (check one box)

- 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 प्रश्न या प्रश्नों का उत्तर देना या नहीं देना, आपकी इच्छा है। यदि आप उत्तर देते हैं तो आप "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करते हैं कि वे आप, आपका नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में प्रोvided हैं, उसे "कोशिका" एनएचटी, एन, एनएचटी द्वारा उपयोग में लाने, प्रकाशित करने और अन्य माध्यमों से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। ये प्रश्न का उत्तर देना या नहीं देना, आपकी इच्छा है। यदि आप उत्तर देते हैं तो आप "कोशिका फाउंडेशन" व ट्रस्टियों को अधिकृत करते हैं कि वे आप, आपका नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण को प्रकाशित करने और अन्य माध्यमों से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे आप, आप, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने और अन्य माध्यमों से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अथवा वे इन्साफ़ या ज़िन्ती का विधान



AGREEMENT by HOSPITAL. (W4508 200 NOV)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अतिरिक्त, इसकाफ़ी बर्त और से यमलें-पेटी को "कोशिका परामर्शन" से विभिन्न प्रकार के डेटा निकाला भी जाते हैं, जिसे इन (हमारे) नियम प्रसार से प्राप्त न गनीमान जाते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी सावकारी संगठन या किसी अन्य एजेंसी से उक्त टैरिफ/चार्जों में सेने या ले चार्ज है, जैसे कि इनमें "कोलिका फायर-ब्रेकर" से सिमिलिटाइजिडि उक्त को सहायता में "कोलिका फायर-ब्रेकर" द्वारा भएर हेतु कि है। यदि "कोलिका फायर-ब्रेकर" द्वारा सहायता विनि अतिरिक्त/अवकाश हेतु चार्ज नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सावकारी संगठन या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भएर उक्त टैरिफ/चार्जों हेतु किसी भी सावकारी संगठन या किसी अन्य सहायक से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोलिका फायर-ब्रेकर" से ही यह सहायता केवल विहित प्रकृति की है। ऐसी या इसका द्वारा ही यह सहायता या किने गने उपचार/प्रक्रिया का शुल्क टैरि एवं इसका को कोय का विषय है और "कोलिका फायर-ब्रेकर" द्वारा किसी प्रकार का कोई शुल्क नहीं है। इसलिये इसका में टैरि को इसका शुल्क और अन्य अन्य को सारी जिम्मेदारी टैरि एवं इसका को टैरि और "कोलिका" को कोई शुल्क या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अथर्ववेदः

Date of Surgery अंशदान की तारीख 08.01.2019	Dr. Arghya Das MBBS, MS Reg. No. - 69372 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इनकात अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इलाका 2	
		