

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **K/0119/2426** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **10-01-2019**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **TARA SAMANTA** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **69** SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : **MATYU GOPAL SAMANTA**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : **20 BANGSHA BASUMATI TALA ROAD, KAPASHAHATA, ARADJANA, NORTH 24 PARAGANAS, 700057 WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : **AS ABOVE**

OCCUPATION : व्यवसाय : **HOME MAKER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :  /

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

PAN No. सर्वोच्च राजस्व संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही 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.	TARA SAMANTA	69	F	SELF
2.	SUKUNAL SAMANTA	45	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 सहायता प्रमाण पत्र को संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की सहायता प्रमाण पत्र को संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की सहायता प्रमाण पत्र को संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विन्ती का उद्देश्य:**

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES-CATARACT-LP
2.	SURGERY-LE (SEC'S + IOL)

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

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रेषण 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता विवरण भी सत्य सही है।
- 2) मैं दान को सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन", से ही का रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पर्यवेक्षित है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रकरण भी नहीं है, इस दान का अधिकतम या प्रत्येक विवरण किसी अन्य प्रोव्हीडर/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से नहीं लिया है और मैं इसी उद्देश्य में हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करता)**

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/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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, वाचमैन/एम्प्लॉयर्स द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी उद्देश्य के लिये प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी सहायता के पत्रों या पत्र में करने में सक्षम "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोपक्ष है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी उद्देश्य के उद्देश्य से प्रेषित है। प्रमाण: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

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

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगुली का निम्न



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान करता)**

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.

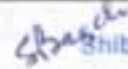
इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आदेश/पैरेंट को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्ताक्षर) वित्त प्रकरण से लाभ नहीं उठाएंगे।

1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी आस्थापी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों में से किसी को ले रहा हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उद्देश्य के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" दान प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" दान सहायता किसी अधिकृत/सक्षम हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और आस्थापी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा दायित्व प्रकरण पर उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी भी आस्थापी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर दान ही नहीं करता या किने गये उपचार/उपचार का प्रमाण रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" दान किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुझाव और गले गले को सही दिग्दर्शनी रोगी एवं हस्ताक्षर को होने और "कोशिका" को कोई सुझाव या दिग्दर्शनी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंशदान की तिथि 10-01-2019	Dr. K. Ghosh MBBS, DD, DNB, FRCS Reg. No.-50971 (Member of Dr. & Regn. No. with Stamp) etc हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2
	