

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0119/2456	APPLICATION DATE: 11.01.2019
NAME of APPLICANT: KALIDASI HALDAR	AGE-YEARS: 50 SEX: F
FATHER/SPOUSE'S NAME: TULSI HALDAR	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: UTTAR AMBALHARA, BASULDIANGH, DIAMOND HURBAR, SOUTH 24 PARGANAS 743368, WEST BENGAL	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE	

OCCUPATION: DOMESTIC HELP	MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित)
TOTAL ANNUAL INCOME: RS- 800 x 12 = 9600/-	(Attach Proof of Income)
PAN No. [Blank]	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No	

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.	KALIDASI HALDAR	50	F	SELF
2.	KAKESH HALDAR	35	M	SON
3.	MAHESH HALDAR	38	M	SON
4.	SUMITRA HALDAR	40	F	DAUGHTER
5.	SUKHTRA PAL	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
यदि कोई रेशन कार्ड, पीपी कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	आय आय कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	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 सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (LICS FOL)

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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाच्य सहायक प्राप्त नहीं हो तो मेरी सहायक निरास हो या ख़राब हो।
- 2) मैं इस बात का ग़रज़त हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायक हेतु यह प्रत्येक भी नहीं हूँ, इस दवा का खर्च या उपचार किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में सँभूत।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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/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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, वाचनात्मक दूर, इंटरनेट से मुझे प्रतिनिधित्व और प्रचारित करने के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इस बात का विचार नहीं करता कि सहायक के पत्रों या पत्रों के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित नहीं है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों के अधीन है मुझे सहायक: सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित विवरणों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी 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:

- 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 और से यहाँसे हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिससे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उम्मीदवारों से होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रति उम्मीद के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत के सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमारा वित्तीय मदद उम्मीदवारों हेतु किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाले सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या इलाज के लिए गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा वित्तीय मदद के इलाज सुरक्षा और गैर गैर की गैर विनियमित रोगी एवं हमारा की रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इलाज के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11.01.2019

Dr. K. Ghosh
MBBS, DNB, FRCS
Reg. No. - 50971
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व इलाज के लिए र.

Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हमारा अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्निहित उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2