

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0119/2497		APPLICATION DATE: 14.01.2019	
NAME of APPLICANT: KAUSHALYA GHOSH		AGE-YEARS: 65	SEX: F
FATHER/SPOUSE'S NAME: BISHNUPADA GHOSH			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BANSHEDHAR NASKARPADA, HERHOBHANGA, CANNING, SOUTH 24 PARAGADIA, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE			

OCCUPATION: HOME MAKER	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL	(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.	KAUSHALYA GHOSH	65	F	SELF
2.	BAPT GHOSH	48	M	SON
3.	SHANKAR GHOSH	47	M	SON
4.	ABHILASH GHOSH	36	M	SON
5.	DEBALI DAS	32	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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:	
सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरेट सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (3 EYES)

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरासन्न एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरासन्न की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायक प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से सही था सही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस प्रति का अधिकतम या समस्त भुगतान किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि और छवि का प्रयोग करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, रात, बाजार/बाजार एम्प्लॉयर से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निरासन्न मेरी इच्छा के विरुद्ध या मेरे करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगा। इस सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सहायता में "कोशिका" एम्प्लॉयर/उत्प्रेषण के लिये अधिकृत और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

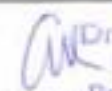
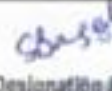
हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से प्राप्त/उत्प्रेषण के "कोशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली सहायता को नहीं है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से नाम व सहायता करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में मिलने वाली सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये माँगा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा माँगा गया सहायता केवल वित्तीय सहायता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय सहायता है। हमारे पास हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का उपयोग करने के लिये कोई भी अधिकार नहीं है। हमारे पास हस्पताल से लेने के लिये माँगा गया सहायता केवल वित्तीय सहायता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती। हमारे पास हस्पताल से लेने के लिये माँगा गया सहायता केवल वित्तीय सहायता है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी अधिकार नहीं है कि हमारे पास हस्पताल से लेने के लिये माँगा गया सहायता केवल वित्तीय सहायता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संसुद्धि

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख दि. 01.2019	 Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No. 55127 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Shikhar 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 (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
