

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: K/0139/2742				APPLICATION DATE: 29/01/19			
NAME of APPLICANT: REKHARANI DUTTA				AGE-YEARS: 67		SEX: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOPAL CHANDRA DUTTA							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MULTI DUTTA PARA, MAGRAHAT-II, SOUTH 2A, PURGANAS 743610, WEST BENGAL.							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS ABOVE -							
OCCUPATION: HOUSE WIFE							
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):				(Attach Proof of Income)			
PAN No. (आपका पैन नंबर):				(आप का आय प्रमाण)			
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 आवेदक के साथ संबंध			
1.	REKHARANI DUTTA	67	F	SELF			
2.	GOPAL CHANDRA DUTTA	80	M	HUSBAND			
3.	JAYDEB DUTTA	44	M	SON			
4.	SHARITA DAS	41	F	DAUGHTER			
5.	RASUDEB DUTTA	37	M	SON			
6.	JAMUNTI DUTTA	35	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:							
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS-CATARACT-LE						
2.	SURGERY-LE (SPECTAL)						
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 ले गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक डुग धीरुग धरः)

- 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 धीरुग धरः हूँ कि इस डुग में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो वेरी सहायक निशान की जा सकती है।
- 2) मैं डुग में सहायक धरि "कोशिका फाउन्डेशन", से सही या सही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस डुग में वर्णित है।
- 3) मैं धीरुग धरः हूँ कि मैं सहायक हेतु यह धरिग की नहीं है, उस धरिग का अधिकार या सहायक निशान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सिक है और न ही भविष्य में होगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक डुग धरः)

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 will be final and acceptable to me.

1) इस डुग पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपने सहचर की धीरुग धरः हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस डुग में वर्णित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, धर, सार्वजनिक धरों उद्देश्य से मुझे धरिग/धरिगों और धरिगों के लिये किसी भी प्रकार का उपयोग से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी धरः का विवरण मेरी धरः के पता या धर से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोसी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायक का हस्ताक्षर नहीं करता। इस धरः में "कोशिका" द्वारा उक्त भरोसियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर डुग धरः)

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 सहायक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सहायक में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा धरः हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विधि अंतिम/सहायक हेतु नभूत नहीं किया जाता है तो सहायक किसी अन्य सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धीरुग में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायक वित्तीय धरः उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं होगा/होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर डुग पर मैं सहायक या किसी गैर सहायक/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई धीरुग या जिम्मेदारी इस धरः में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए धरः

Date of Surgery अर्शेक की धरः 23/08/19	Dr. Dhananjay Giri MBBS, MS Reg. No.-60578 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) धर व धर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसी हस्ताक्षर 2