

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		K/0119/2780		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि		24/01/19	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम			AGE-YEARS मातृ-वर्ष		SEX लिंग		
RANJITA DEBNATH			60		F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम							
BIDHUBHUSAN DEBNATH							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता							
BIDHAN BLOCK, RAIPUR SONARPUR, CHOWHATI SOUTH 24 PARGANAS HOOGLY WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता							
- AS ABOVE -							
OCCUPATION: व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
HOME MAKER							
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)			
NIL							
PAN No. क्या है/क्या नहीं है							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं? (जो सही हो उस पर 'X' का निशान लगाएं)							
Yes / No हाँ / नहीं							
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 सम्बन्ध			
1	RANJITA DEBNATH	60	F	SELF			
2	PURUSHTA DEBNATH	58	F	DAUGHTER			
3	PRASADIA PATRA	55	F	DAUGHTER			
4	SUBODH DEBNATH	52	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये दिव्य आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिव्य उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न						
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE						
2	SURGERY - LE (SICCAT)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हाँ तो सहायता कितनी			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा है:

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पद पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निरा सहायता हेतु वह प्रत्यक्ष को नहीं है, उस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ली गया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" दण्ड-पत्र, पत्र, पत्रिकाएं द्वारा उद्देश्य से दूसरी गतिविधियों और उपलब्धियों को विवेक विचारों को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे इरादों के पत्रों या पत्र से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है पूर्ण सत्य। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दण्ड-पत्र उनके अधिकारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक 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/अंगूठे की छाप के द्वारा हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे अंतर्गत और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विचार उक्त को मान्यता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अतिरिक्त/अलग हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारा विचार अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किने गये उपकरण/उपकरण का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और करने करने को सभी विवेकपूर्ण रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

24/01/19

Dr. Anil Kumar Ray

MBBS, MS, FPOS

Reg. No. - 18853-AMC

Super Speciality Centre
(Name of Dr. & Reg. No. & Hospital)

हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व पद 2

Shashi Sankar Bagchi

Director

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2