

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2792
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 24/01/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: RITA BISWAS
आवेदनकर्ता का नाम

AGE-YEARS: 45
SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SHAMDHU NATH DAS.
पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KULBARRA, BAHAMANGACHHI, NORTH 24 PARAGANAS
349342, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सदाई आवास का पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: LABOURER.
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1200x12 = 14400/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. सदाई का PAN संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / 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 सम्बंध
1	RITA BISWAS	45	F	SELF
2	TAPAS BISWAS	26	M	HUSBAND
3	DIWYENDU BISWAS	22	M	SON
4	DIPIKA BARUI	19	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियमित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग 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 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	SURGICAL - L (2018/2019)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस हेतु सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले का:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी भी तरह से, इस मदद का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिये और न ही अधिकार में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, मंच/समाचार पत्रों, इत्यादि के माध्यम से मुझे वित्तीय सहायता के लिये विज्ञापित करेगा और मेरी जानकारी के बिना मेरी छवि का उपयोग करेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इससे भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के अंतर्गत हैं, मुझे सहायता का अधिकार नहीं दिलाएगा। इस संबंध में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, मंच/समाचार पत्रों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिये सिफारिश कर रहे हैं, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मांगेंगे, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन से सहायता हमें पूरी नहीं मिले। यदि कोशिका फांडेशन से सहायता हमें पूरी नहीं मिलेगी, तो हम अपने रोगी के मामले में सहायता को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता ले सकते हैं। यह घोषणा करने का अर्थ है कि कोशिका फाउंडेशन से सहायता के बिना हम अपने रोगी के मामले में सहायता ले सकते हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता हमें मिलेगी, वह केवल वित्तीय सहायता होगी। हमारे रोगी के मामले में हमारे रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे रोगी और हमारे डॉक्टर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी दबाव नहीं है। हमारे रोगी के मामले में हमारे रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे रोगी और हमारे डॉक्टर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी दबाव नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

24/01/19

(Signature)
Dr. Sankar Bagchi
MBBS, MS, FICS
Reg. No. - 18853-AMC
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हस्पताल के नाम व हस्ताक्षर के साथ

(Signature) Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग के लिये

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

(Signature)