

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : 12/0119/2795 आवेदन संख्या :				APPLICATION DATE : 24/01/19 आवेदन तिथि :			
NAME of APPLICANT : SANTOSH JANA आवेदक का नाम :				AGE-YEARS 66-यर्ष AGE 66		SEX मिंग SEX M	
FATHER/SPOUSE'S NAME : ANANTA JANA पिता/पत्न्य का नाम :							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता MADHYA GURAGURIA SOUTH 24 PWD KARNAL 1349249, NARAI HANDEL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता - AS ABOVE -							
OCCUPATION : UNEMPLOYED व्यवसाय :				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒			
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय :				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. 1234567890 आयकर पहचान संख्या :							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)							
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	SANTOSH JANA	66	M	SELF			
2	PARUL JANA	59	F	WIFE			
3	LATA JANA	57	F	DAUGHTER			
4	DEBAL JANA	31	M	SON			
5	BAHABUR JANA	29	F	DAUGHTER			
6	KANAK JANA	26	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेश का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने पत्रे विनती 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 (SULZTOL)						
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 लेई गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रेषक पर:

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताना गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस मदद का उपयोग या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक दान करण)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वामी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में बताना है, उसे "कोशिका" एनएफआई, एन, सचकायत दान उद्देश्य से मुझे चिकित्सीय और उपचारित करने के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" के बिना अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएफआई त्रस्टी का निर्णय अंतिम और सचकायत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दान करण)

- 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 ओर से प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरी हस्ताक्षर और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से मांगना या किसी अन्य स्रोत से उठा लेने के लिए या मेरे बिना, केवल कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" दान प्रपत्र हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" दान सहायता किसी अंतिम/असत्य हेतु प्रपत्र नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगना या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रपत्र उठा लेने के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या हस्पताल दान ही नहीं करता या बिना मेरे उपचार/उपचार का चुनाव मेरी ही हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" दान किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्पताल में मेरी या इच्छा सुरक्षा और मेरे जाने की सभी जिम्मेदारी मेरी ही हस्ताक्षर की ओर और "कोशिका" को कोई भुविमा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुक्ति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तिथि

24/04/19

Amrita Ray
MBBS, MS, FPOS
(Name of Doctor with Stamp)
Surgeon, Koshika Research Centre

Shib Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
मैं या हम हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]