

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0819/1080 APPLICATION DATE: 6/2/19  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: TARUN HATI AGE-YEARS: 44 SEX: M  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BISWANATH HATI  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SOUTH JHANPARDAHA, PARUPARA, DOMTUR, HATTA,  
711405, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1800 X 12 = 21600/-  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. (यहाँ छला संकेत)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes/No  
आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर टिकी का निशान लगाएँ) हाँ/नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संकेत	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	TARUN HATI	44	M	SELF
2.	KABERI HATI	38	F	WIFE
3.	ANADYA HATI	36	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संकेत	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीविजन सूची संलग्न
	1. DIAGNOSIS - CATARACT - LE
	2. SURGERY - LE (SECS - I & II)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संकेत	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एवं गई सहायता राशि
-----------------------	---	--



**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता रिजल को खारिज कर सकते हैं।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैं सहायता हेतु पर वर्तमान को नहीं है, उस मदद का अधिकतम या सहायता रिजल किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लू न्यार्सी, चर, चण्डगढ़ द्वारा उत्प्रेषण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार संपन्न से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इरादों के पक्ष में या बाद में कब भी बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोपक्ष नहीं है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उत्प्रेषण से प्राप्त हैं मुझे अन्तः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू उसके न्यायोपक्ष का निर्णय अधिकतम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठों 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मान्यता/पेमेंट को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, बिना इस (हस्पताल) विना प्रकार से अन्य मदद स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संपन्न या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये ले ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त को संपन्न में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी गतिविधियों/उपलब्धियों हेतु संपन्न नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकतम सुनिश्चित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता रिजल पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संपन्न या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता या बिना सहायता/उपलब्धियों का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुलभ और अपने जाने को सही विधेयता रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संसुक्ति

**Shib Sankar Bagchi**

Director

Gurukul Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

अन्तर्गत उपयोग हेतु

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

न्यायोपक्ष 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

न्यायोपक्ष 2

*[Signature of Trustee 1]*

*[Signature of Trustee 2]*