

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0819/1404
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 22/8/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SANDHYA SANDHUKHAN
आवेदन का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष
73

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KENA SANDHUKHAN
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MONDAL PARA, II SONARPUR, SOUTH 24 PARGANAS 700150
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -

OCCUPATION: HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 X 12 = 22800/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. कोई खास संख्या

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

Yes / No
हाँ / 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 सम्बन्ध
1.	SANDHYA SANDHUKHAN	73	F	SELF
2.	SUBHAN SANDHUKHAN	49	M	SON

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को 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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता शिख को खारिज की जा सकती है।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र मांगा है।
- 6) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं: सहायता हेतु यह प्रबंध नहीं करूँगा कि, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोडक्ट/विक्रेता/बीमा कम्पनी से वापस लिया जा सके जो न ही प्रत्यक्ष में लीज।

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/print-up/republish 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.
- 3) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वयंसेवक को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, या अन्य किसी भी व्यक्ति द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण भी इसमें शामिल है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी सहायता के अंतर्गत से प्रदान की गई मदद: सहायता का हस्ताक्षर जारी करता हूँ। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, या अन्य किसी भी व्यक्ति को अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

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.

- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँसे/होस्पिटल को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी तरह की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उठाया जा सके, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांगा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अंतिम/अवकाश हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे पास किसी भी तरह की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते हैं।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता का विवरण एवं उद्देश्य का पता चलता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे पास हस्ताक्षर में हमारे पास सहायता और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ होती हैं। हमारे पास और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/5/19	Dr. Ananya Das MD, MS (Name of Dr & Regd. No. & Stamp) हस्ताक्षर का नाम, पंजीकृत नंबर और छाप	Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पास पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION: आंतरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	