

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)			 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0919/1431 आवेदन संख्या:			APPLICATION DATE: 21/7/19 आवेदन तिथि				
NAME of APPLICANT: KANAN DAS अप्रेक का नाम			AGE-YEARS अनु-वर्ष 72		SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOKUL DESHI पिता/हठुडू का नाम							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासोप पत्ता B = RENDRANAGAR, DAKATYABHERI, KASBARA, HOOGHLY, 719102, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवासोप पत्ता — AS ABOVE —							
OCCUPATION: HOME MAKER उद्योग					MARRIED (विचलित) / UNMARRIED (अविचलित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2000 X 12 = 24000 कुल वार्षिक आय					(Attach Proof of Income) (आय का साधन सलग्न)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): का अप आय कर राज है (ओ मान्य हो उस पर सही का विराजन लगाने।) Yes / No हा / नही							
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 अप्रेक के साथ सम्बन्ध			
1.	KANAN DAS	72	F	SELF			
2.	PRADEEP DAS	53	M	SON			
3.	HANUSH DEY	57	F	DAUGHTER			
4.	CHANDRA PAL	56	F	DAUGHTER			
5.	BANDANA SHARMA	43	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्ति आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Ration Card (Attach Copy) उपपोषण कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निम्ती का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डीक्टर से जारी की गई प्राशिवेदन सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE						
2.	SURGERY - LE (GLCS + IOL)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किमी अन्य स्तोत से लिया गया हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्तोत का नाम				AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED भी गई सहायता राशी		

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं यह पैसे, इसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस दवा का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य प्रायोजक/नियोक्ता/बीमा कम्पनी 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'ट्रस्टियों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बेल्ड, प्रिन्ट, कम्प्यूटर द्वारा उत्पन्न या किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी सहायता के लिये या मेरे उद्देश्य के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है, मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बेल्ड करने वाले किसी भी निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से हमें या से रहे है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/नकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करने हेतु किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य सहायता से नहीं संलग्न/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातें की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Shub Sankar Bagchi
Director

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/5/19	Dr. Alok Agarwal MBBS, MS, PhD (Eye), FMRF, FSNEC Reg. No. - 68568 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2