

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : K/0219/1486

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि : 5/9/19

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम : SUNENA DEVI

AGE-YEARS आयु-वर्ष :
54

SEX लिंग :
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्ब का नाम : RAMAYAN PRASAD SHAW

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

14/16, SY PATH, T2 TAGGARH, 52 DDHESWARBATI, BANDIPUR,
NORTH 24 PARGANAS 700119, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION :
व्यवसाय : HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय : RS 2300 X 12 = 27600

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाख 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 सम्बन्ध
1.	SUNENA DEVI	54	F	SELF
2.	RAMEN PRASAD SHAW	61	M	HUSBAND
3.	KARAM KUMAR	32	M	SON
4.	NILANTAN KUMAR	25	M	SON
5.	KIRONKUMARI SHAW	30	F	DAUGHTER
6.	ANJALI KUMARI SHAW	28	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (5/10/19)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 कदा है कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विचार एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैंने आप से सहायता एतल "कोशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त की है, जिसका उपयोग उनी उद्देश्य को पूर्ण करने लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पद गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कदा है कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस एतल का व्यक्तिक या समस्त वित्तन किसी अन्य संगठन/रोक/अर्थसाधक कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (साक्षर हो गए)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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.
- 1) इस प्रश्न पर जहाँ हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप साबित करे, मैं (अर्हक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके म्यूसीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एवम् म्यूसीयों, दान, साधना/पुस्तकें, कार्यक्रमों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को विप्रेषित करने के लिए प्रयोग करे। इस प्रश्न का विषय मेरी इच्छा के खतरे या चर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या म्यूसीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि साधना के अंतर्गत से प्रेषित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके म्यूसीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदन के दाखल या अंगीकृत का प्रमाण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीडिशों के लिए संस्कृति

Shib Sankar Bhattacharya

Sutruw *has been* Director
Sutruw Foundation & Research Centre

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

नमः य एव हस्तगत अधिकृत अधिकारी

Dr. Arunava Bandyopadhyay

MSB543

Reg. No. 169360

Satish Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

आपका नाम है

.....

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14

5/9/19

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कौशिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हातापास ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी दसव्वर २

12/2/8