

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0919/1458 APPLICATION DATE: 5/9/19

NAME of APPLICANT: JHALIA DEVI AGE-YEARS 50 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: CHAITA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 83A/4A, BAGHABAZ ROAD, MANIKTALA, KOLKATA 700054, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOMEMAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1800 X 12 = 21600

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

PAN No. सवाई राजा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हा / 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.	JHALIA DEVI	50	F	SELF
2.	SANKAR ALI DAS	28	M	SON
3.	SAHUKARI DEVI	25	F	DAUGHTER
4.	RINA KUMARI	22	F	DAUGHTER
5.	SUNITHA KUMARI	21	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया 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 - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कॉशिका फाउन्डेशन", से हो रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस प्रति का अधिकतम या एकत्रित किसी अन्य संगठन/रोक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/produce 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 its 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी छवि और विवरण का उपयोग करूँगा कि मैंने सहायता के लिए घोषणा की है, जो "कॉशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रसारित करें, जो "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा उद्देश्य के लिए दत्त सहायता से जुड़े व्यक्ति/व्यक्तियों को लाने के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिए दत्त सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा दत्त सहायता का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक की 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता हेतु सिफारिश करने या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अंतिम/अंतिम हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमारा किराया अन्य स्रोत सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पत्र में स्पष्ट कहा जाता है कि असहायता द्वितीय पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेती।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय रोगी/रोगी का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के स्वास्थ्य सुधार और अपने अपने की सही विनियमन रोगी एवं हस्पताल की होती है और "कॉशिका फाउन्डेशन" को कोई भूमिका या विनियमन इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुचित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/2/19	Dr. Arunava Banerjee MBBS, MS Reg. No. - 58300 Surgical Director (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shibankar Dasgupta Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) मान्य व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 म्होटे हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 म्होटे हस्ताक्षर 2