

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0019/1492
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 5/3/19
आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT : ARJUN DALUI
आवेदक का नाम :

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 68
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : DULAL DALUI
पिता/कन्या का नाम :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

17 KANKURGACHY ROAD, KOLKATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AS ABOVE -



OCCUPATION : UNEMPLOYED
व्यवसाय :

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 X 12 = 24000/-
कुल वार्षिक आय :

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

PAN No. स्थायी राजस्व संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल 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.	ARJUN DALUI	68	M	SELF
2.	KATADUL DALUI	62	F	WIFE
3.	ABARNA DALUI	40	F	DAUGHTER
4.	SHUMA DALUI	35	F	DAUGHTER
5.	ANUP DALUI	28	M	SON
6.	SAPARNA DAS	33	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए 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.	DIAGNOSTICS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (GLC5 + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को 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 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन माना जाय जाय है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या नहीं है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अब सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, इस प्रति का अंशिक या सम्पूर्ण निरास किसे अन्य स्रोत/निर्माणा/बीमा कम्पनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में नहीं।

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 its 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 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छाया की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एम्बल्ड, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, उत्सवों से जुड़ी पत्रिकाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का विवरण मेरी प्रार्थना के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता या इतरता नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल्ड उनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रस्तुत करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता के समान या किसी अन्य स्रोत से उभर लेने/पान करने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उभर ले सम्मान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अंशिक/सम्पूर्ण हेतु मन्तव्य नहीं किया जाय है तो हमसबल किसी अन्य स्रोत पर सहायता के समान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अगलायत विशेष मदद उभर लेने/पान करने हेतु किसी और सहायता के समान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/पान करेंगे।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता का निर्णय रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के इरादों, सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/9/19	Dr. Arunava Bandyopadhyay MBBS Reg. No. - 59300 Surgeon (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम में हस्ताक्षर या छाप	Shib Sankar Dasgupta Director Koshika Foundation's Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2