

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0919/1526 APPLICATION DATE: 6/9/19
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: GITA GHOSH AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 52 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BASANTA GHOSH
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

SARABERHA HAT, FAKIRTAHA, NORTH 24
PRAGANAS 743222, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION: HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1600 X 12 = 19200/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

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.	GITA GHOSH	52	F	SELF
2.	MANOJ GHOSH	49	M	BROTHER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विषयी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
1.	D2A6N0525 - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (S2ES J2CL)

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 ली 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.

- 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 कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी दृढ़ता है कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही पायी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पद पत्र है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में और न भविष्य में किसी अन्य प्रौद्योगिकी/वैद्यकीय कम्पनी से न तो निधि ले और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एवम् मंचों, दूर, वाचक/चरित्र एवं उद्देश्य से मुझे सविधिपूर्ण और उल्लेखित करने के लिये किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के पक्ष में करने या करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या मंचों अधिकृत है।

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मंच/रोहरी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वैद्यकीय उन्नत के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि/अतिरिक्त/वस्तु हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सार्वजनिक स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के रूप में कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद सहायता/प्राप्त हेतु किसी और सार्वजनिक स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं ले/ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे में हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीमा का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीसे हस्पताल में मेरी को इलाज शुरू और करने की सभी जिम्मेदारियाँ मेरी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 6/9/19	Dr. Hari Shanker MBBS, MS. (OPHTH) Reg. No. - 6556 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) आयुष्य का नाम व हस्ताक्षर या छाप	Dr. Hari Shanker Bagchi Director Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 मंचों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 मंचों हस्ताक्षर 2
	