

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : <b>K/0919/1574</b>	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : <b>5/9/19</b>			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : <b>JHARNA RANI DAS</b>	AGE-YEARS वय-वर्ष : <b>66</b>	SEX लिंग : <b>F</b>		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पितृ/स्त्री का नाम : <b>MADAR BISWAS</b>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : हिन्दुलगंगा, नॉर्थ 24 पट्टगाँव 733435, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी अवासानीय पता				
<b>- AS ABOVE -</b>				
OCCUPATION : अवसरपात्र : <b>HOME MAKER</b>	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : <b>Rs 1700 x 12 = 20400/-</b>	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. एपीएन संख्या : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर माही का निशान संलग्न)	Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS घरीबी, विवरण				
Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरीबी के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	JHARNA RANI DAS	66	F	SELF
2.	DEBROBATH DAS	40	M	SON
3.	KRISHNA DEBNATH	38	F	DAUGHTER
4.	CHITRA DAS	34	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हांते आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेत के नीचे प्रदायन पत्र (प्रदायन पत्र की जाति और संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अमर व्यवसर वर्ग प्रदायन पत्र (प्रदायन पत्र की जाति और संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचारणीय कार्ड (प्रदायन पत्र की जाति और संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:				
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कार्यालय से चारों की गई आवेदन सूची संलग्न			
1. <b>DIAGNOSES - CATARACT - LE</b>				
2. <b>SURGERY - LE CSEOS + IOL</b>				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से सिवा यहां नहीं?				
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता रकम		

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेशन का दाखला करने वाले का

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं प्राप्ति करता हूँ कि इस प्राप्ति में निम्न विवरण में दर्शायी गई रकम की अनुमति सभी रकम तक है। यह बांद विवरण एवं रकम का उत्तम आवश्यक जगता है तो मैंने अधिक विवरण की अनुमति नहीं दी।
- मैं इस विवरण में दर्शायी गयी "कोशिका प्राप्ति-दरावान", से भी भूल नहीं हूँ, उक्त उपलब्ध विवरण विवरण की दृष्टि से उत्तम रकम है।
- मैं युक्ति करता हूँ कि विवरण में दर्शायी गयी विवरण की अनुमति एवं उपलब्ध विवरण की दृष्टि से उत्तम रकम है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेशन करने वाले)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pull-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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.
- इस प्राप्ति का अन्तर्गत विवरण में दर्शायी गयी अनुमति की युक्ति करता हूँ कि "कोशिका प्राप्ति-दरावान" और उसके अन्तर्गत "कोशिका अधिकृत करता हूँ कि ये यह रकम, अपेक्षित और विवरण में दर्शायी गयी विवरण से अधिक रकम है। उक्त उपलब्ध विवरण की दृष्टि से उत्तम रकम की अनुमति दी जाती है।
- मैं इस प्राप्ति का अन्तर्गत विवरण में दर्शायी गयी अनुमति की युक्ति की अनुमति के अन्तर्गत विवरण का अधिकृत करता हूँ कि "कोशिका प्राप्ति-दरावान" की अनुमति दी जाती है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
अप्लिकेशन के अन्तर्गत विवरण में दर्शायी गयी अनुमति का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल का दाखला)**

- 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:
- 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.
  - 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.
- इसके अधिकृत, हस्पताल की ओर से दर्शायी गयी "कोशिका प्राप्ति-दरावान" की विवरण में दर्शायी गयी अनुमति की युक्ति का अन्तर्गत विवरण अन्तर्गत विवरण की अनुमति के अन्तर्गत विवरण से अधिक रकम है। यह विवरण की अनुमति के अन्तर्गत विवरण की अनुमति के अन्तर्गत विवरण से अधिक रकम है।
- यह विवरण की अनुमति के अन्तर्गत विवरण की अनुमति के अन्तर्गत विवरण से अधिक रकम है। यह विवरण की अनुमति के अन्तर्गत विवरण की अनुमति के अन्तर्गत विवरण से अधिक रकम है। यह विवरण की अनुमति के अन्तर्गत विवरण से अधिक रकम है। यह विवरण की अनुमति के अन्तर्गत विवरण से अधिक रकम है।
  - "कोशिका प्राप्ति-दरावान" की अनुमति के अन्तर्गत विवरण में दर्शायी गयी अनुमति की युक्ति का अन्तर्गत विवरण से अधिक रकम है। यह विवरण की अनुमति के अन्तर्गत विवरण से अधिक रकम है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संकेतिक

Shri. S. Kumar Bapchi

Director

Foundation & Research Centre

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

पात्र व ए हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
अनुमति की तिथि  
2/9/19

Dr. Alok Agarwal  
M.B.B.S, M.S, P.H.D(L.Y.C), F.M.R.I(F.R.C.P.)  
Reg. No.-58005  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हास्पताल का नाम व हस्पताल का नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनुमति उपलब्ध है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी उपलब्ध ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी उपलब्ध ।