

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1010/1727
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 14/10/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Koushalya Das
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 64
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SANNYASI DAS
पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Kripalpur, Gouribhat, Basirhat II, North 24 Parganas 743445, West Bengal

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. :
आय कर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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.	Koushalya Das	64	F	SELF
2.	Bishwaji Das	44	M	SON
3.	Somvunath Das	35	M	SON
4.	Udaynath Das	32	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विन्याय आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 विच्छेद 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 (STCS + LOW)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

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

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले हुए धन, इसका उपयोग उद्योग उद्योग को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, इस धन का अधिक या कमता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

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/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक घोषणा की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, इसे "कोशिका फाउन्डेशन", द्वारा, कचरे/प्रकाशित/प्रसारण से मुझे प्रोत्साहित और जानकारी के लिये किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के प्रसारण से प्रोत्साहित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अपने/उपरोक्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से सच व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी से उभर आये/प्राप्त होने से पहले या उसे पहले, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उभर के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहीन अतिरिक्त/असत हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत से किसी अन्य सहायता से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उभर आये/प्राप्त हेतु किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता स्रोत सिद्ध करता हूँ। ऐसे पर हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता या निर्णय लेने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेता हूँ एवं हस्पताल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसे के इलाज सुझा और करने जाने को सही विनियमों लेता हूँ एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अवस्था की तिथि 14/10/2019	<p>Dr. Alok Agarwal MBBS, MS, PhD (Eye), FMRP, FSNEC 110-08008 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Centre दोस्ताना चिकित्सा केंद्र, दिल्ली</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) मम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 म्यासे हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 म्यासे हस्ताक्षर 2