

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/10L9/1779**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **16/10/2019**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **MONIKA ANKUSHI**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : **55**
SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **PRASANTA ANKUSHI**
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS **वर्तमान आवासीय पता**
SOUTH BAWALI, BAWALI, SOUTH 24 PARAGANA
5 743384, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **स्थायी आवासीय पता**
AS ABOVE

OCCUPATION : **HOUSEWIFE**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 18000 X 12 = 216000**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. **स्थायी राजस्व संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही 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.	MONIKA ANKUSHI	55	F	SELF
2.	PRASANTA ANKUSHI	60	M	HUSBAND
3.	BADAL ANKUSHI	26	M	SON
4.	UTTAM ANKUSHI	24	M	SON

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

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 विधि 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 (STIC + IOL)

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

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 कर:

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सही या सही है, सहायता अथवा सही उद्देश्य को पूर्ण के लिये बिना उपयोग, जो इस प्रारूप में पत्र सत्य है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस उद्देश्य का अधिकतम या सहायता निरास किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को सही करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग कर सकें, जैसे "कोशिका" एक व्यक्ति, पता, पता/पता द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रोत्साहित और जानकारी के लिये बिना मेरी सहायता के प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग कर सकता हूँ या नहीं या नहीं मैंने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता नहीं ली है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रयोग करने से मुझे सहायता का अधिकार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक व्यक्ति/न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता निरास या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरास/असफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा सिफारिश/सिफारिश हेतु सिफारिश की जा सकती है अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता लेना सिफारिश करता हूँ। मेरी या इसका प्रारूप ही सहायता या बिना मेरे उपचार/उपचार का चुनाव मेरी एवं इसका मेरे नाम का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा ही मेरी से सहायता सुरक्षा और मेरी जाने की सही सिफारिश/सिफारिश ही है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. K. Ghosh

स्वीकार्यता के लिए संसुचित

MBBS, D.O, DNB, FRCS
Reg. No. -50971

Susmit Eye Foundation & Research Centre

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व इलाका के पता व

Dr. Sankar Bagchi
Director

Koshika Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पर इसका अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2