

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/10/9/1787**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **17/10/2019**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **CHAYA RANG**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
56

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **KANAI RANG**
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

**GHORUT PARA, RAMKANTA PUR, BISHNUPUR,
SOITA 24, PARAGANAS, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION : **HOUSEWIFE**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 1700 X 12 = 20400/-**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मध्यम 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 संबंध
1.	CHAYA RANG	56	F	SELF
2.	KANAI RANG	63	M	HUSBAND
3.	JHUMPA MANDAL	26	F	DAUGHTER
4.	PALU RANG	23	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि 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 निम्नों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/दवाखुरी से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTIC — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + 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 ती 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य एवं सत्य कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता मिलेगी, जो सही या सही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ली और न ही सहायता के लिए प्रार्थना की है।

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 it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 में मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत कर दिया है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित करें, प्रकाशित करने से मेरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए जानकारी को इकट्ठा करने में सहायता करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निवारण होने तक मेरे नाम या पता के उपयोग के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस प्रकरण के उद्देश्य के अंतर्गत ही प्रकाशित किया जाएगा। सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जाएगा। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उद्देश्य के अंतर्गत ही प्रकाशित और प्रकाशित किया जाएगा।

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

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी से उदाहरण के लिए से मिलेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उदाहरण के अंतर्गत "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असंभव है, तो हमें सहायता मिलेगी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस प्रक्रिया में सहायता नहीं मिलेगी कि अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज का चयन रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इलाज के इलाज सुरक्षा और अन्य कार्यों को सही नियंत्रण देने एवं इलाज को सही और "कोशिका" को सही प्रक्रिया का निर्माण इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Dr. Anurag Pandey MBS, MS Reg. No. - 59300 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ दें</p>		<p>Shib Sankar Bagchi Director Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--