

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2066
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 11/11/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : DIPIKADAS
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BAIDYANATH DAS
पिता/कन्या का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
KAMARKINDU, DURGABARA, HATGHLY,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : ₹1700 x 12 = 20,400/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

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	DIPIKA DAS	60	F	SELF
2	BAIDYANATH DAS	63	M	HUSBAND
3	SOHAN DAS	31	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जांच प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/वैद्यक से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME *PURPOSE* from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED एतौ गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अवेरक द्वारा घोषणा करना)

- 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 सत्य एवं सही हैं; यदि कोई किराए एवं कर्मचारी अथवा अन्य सहायक सहायता है तो मेरी सहायता विरल भी हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही या उसी है, उक्त उपरोक्त उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार, उक्त उद्देश्य के अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से पैसे ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक द्वारा करार)

- 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 करार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (अवेरक) अवेरक घोषणा को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रसारित हैं, जो "कोशिका" एन.पी.ओ., चर, साप्ताहिक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे कले के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से प्रसारित नहीं है।
- 2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे पता: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना इस सम्बंध में "कोशिका" एन.पी.ओ. उक्त उद्देश्यों का निर्धारण और सफलता की घोषणा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेरक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 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.
- इसके अधीन, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को और से सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) वित्त प्रकरण से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिनी से लेने या लेने के हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु उक्त रोगी/रोगिनी को सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विरल/असंभव है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता विरल पर उक्त रोगी/रोगिनी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना होगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही या सहायता के लिये वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही या सहायता के लिये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर के बिना या बिना "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर के बिना के सहायता सुरक्षा और मान्यता को सही विधि/प्रक्रिया से ही सहायता को सही और "कोशिका" को सही पुष्टि या सिफारिश ही मांगने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 22/11/2019</p>	<p>Dr. K. Ghosh MBBS, D.M., FRCS Reg. No.-50 Surgical Centre हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p>Sh. Anil Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राथमिक हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राथमिक हस्ताक्षर 2</p>
	