

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 2/1119/2070 APPLICATION DATE : 11/11/2019  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : PRAMILA RANI BHOWMIK K AGE-YEARS आयु-वर्ष 60 SEX लिंग F  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MUKUNDA KUMAR BHOWMIK  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
RAYCHAK, DURBADARA, KOLAGHAT, MEDINIPUR  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
AS ABOVE



OCCUPATION : HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 251750 x 12 = 20,14,000/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सत्यापित संख्या  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्यम हो उस पर चिह्न का निरूपण करें): हाँ / 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.	PRAMILA RANI BHOWMIK	60	F	SELF
2.	NIJAY DAL BHOWMIK	33	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपकरण पर (उपकरण पर की जाच प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपकरण पर (उपकरण पर की जाच प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (उपकरण पर की जाच प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे करने विधियों का उद्देश्य:

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

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

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

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई किरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में गद्य किया है।  
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं आगामी हेतु यह प्रत्यय को नहीं हूँ; उस उचित का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/post-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 प्रत्यय पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने स्वयंसेवक को अधिकृत करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेमंद" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्यय में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा मुझे, चम, सहायता हेतु उद्देश्य से मुझे विभिन्न माध्यमों और उपकरणों के द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रत्यय का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।  
 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उचित न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पिटल) वित्त प्रत्यय से प्राप्त न स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसे अन्य स्रोत से उभर ऐसी/सहायता से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उभर के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अतिरिक्त/अवगत हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसे अन्य और सहायता स्रोत या किसे अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उभर ऐसी/सहायता हेतु किसे और सहायता स्रोत या किसे अन्य सहायता से नहीं लेना होगा।  
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पिटल द्वारा ही मैं सहायता या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसे प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पिटल में ऐसी के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई दूषित या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>11/11/2019</p>	<p>Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., DNB, FRCR Reg. No. - 509</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regs. No. with Stamp)</p> <p>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Shagun Shub Senkar Bagchi Director (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** सार्वजनिक उपयोग हेतु

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