

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



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

NAME of APPLICANT : SARASWATI JANA AGE-YEARS : 45 SEX : F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : JANKINATH MONDAL
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : HANOHAIPOUR, SAMI NAGACHH I, PURBA MEDINIPUR 721154, WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : COOK MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : ₹1800 x 12 = 21,600/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्वयं सहाय संस्था
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय का दाता हैं (जो मध्य 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.	SARASWATI JANA	45	F	SELF
2.	SANATAN JANA	49	M	HUSBAND
3.	PRASENJIT JANA	24	M	SON
4.	PAPPIYA JANA	26	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) महिली रोज़ा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विपत्ती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता मिली है अन्य स्रोत से लिख लें

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाच्य प्रमाण प्राप्त नहीं हो पाता तो सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, इसका उपयोग किसी और स्रोत से नहीं किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग रहा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, इस राशि का अधिक या कमस विना किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही लेने का इरादा है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूरदर्शन से प्रसारण से जुड़ी विधियाँ/उपकरणों के द्वारा प्रसारण के द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रयोग करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूरदर्शन से प्रसारण से जुड़ी विधियाँ/उपकरणों के द्वारा प्रसारण के द्वारा प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

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



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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 प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हमें सहायता प्रदान करने के लिए अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी सहायता प्रदान करने का अधिकार नहीं है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत हूँ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/11/2019	Dr. K. Gosh MBBS, D.O., FRCS Reg. No. 1011 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप	Shri. Kar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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