

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/1119/2083** APPLICATION DATE: **11/11/2019**
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **TANULATA BERA** AGE-YEARS **75** SEX **F**
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **NANDALAL BERA**
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **हाल का पता**
HATRHOJA PARA, 7012 Y A KHALI, SANDE SIKHAI, NORTH 24 PARGANAS 743328, WEST BENGAL

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



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

TOTAL ANNUAL INCOME: **RS 1750 x 12 = 20,400/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. **आपका PAN संख्या**
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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 संबंध
1.	TANULATA BERA	75	F	SELF
2.	BIHARATI GHOSH	49	F	DAUGHTER
3.	SANDIP BERA	46	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे 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) रसमोचता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILABLE 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 AVAILD एकी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इत घेरन वर)

- 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 यथेष्ट करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अपन अलग सहायता प्राप्त है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं इस बात को सहायता यथा "कोशिका फाउण्डेशन", से ही या नहीं है, उसका उपयोग नहीं करेगा जो पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।
 - 3) मैं यथेष्ट करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रयोजन को नहीं है, इस प्रति का वारंटिक या सफल प्रस्ताव किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इत कर)

- 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/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 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" को उचित करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टी" को उचित करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में उल्लिखित है, उसे "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रसारण, प्रकाशन, प्रसारण, प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निराला मेरी इच्छा के अनुसार या चरम से करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है। सहायता का इस्तेमाल नहीं करना इस प्रकरण में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा उल्लेखित या निर्दिष्ट गतिविधियों और उपलब्धियों को।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इत 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 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.

इसके अधीन, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से धन या सहायता नहीं लेते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी से प्राप्त की जाएगी, जो हमें सहायता हेतु सिफारिश करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाती है, तो हमें सहायता हेतु अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य सहायता से नहीं लेते हैं।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से ही मैं अस्पताल को वित्तिय सहायता की है। ऐसी पर हमें सहायता प्राप्त हो गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनने के लिये हमें अस्पताल को सौंप दिया है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिये अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और काले काले की सही विधि/प्रक्रिया के लिये हमें और "कोशिका" की कोई भी दृष्टि या जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery अपेक्षा की तारीख</p> <p>11/11/2019</p>	<p>Dr. Ghosh MBBS, DNB, FRCS Reg. No. 50871 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ है।</p>	<p>Shri Bankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम से पर हमें सहायता अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत 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>
--	--