

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य सेवाप्रदाता)



APPLICATION No.: K11119/2019  
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 12/11/2019  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: CHAMPARANI DAS  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 52  
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BANCHHARAM MONDAL  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MADHUSUDAN PUR, NAWASARAI, HONGHLY  
740518, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOMEMAKER  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 13000 X 12 = 156000/-  
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्पष्ट खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य 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 सम्बन्ध
1.	CHAMPARANI DAS	52	F	SELF
2.	BJIT DAS	29	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु निम्ने कबे विषयों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुची 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 कितनी 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: अर्पणक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं तथ्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं दृढ़ता से सहायता पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विगत सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी सहायता, आंशिक या पूर्ण, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा करण)**

- 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-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 की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपने नाम और पता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिये अन्य माध्यमों से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का प्रसारण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरी इच्छा के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यासीयों द्वारा प्रकाशित है।  
 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित करने से सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उक्त न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान  


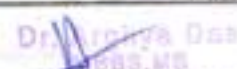

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)**

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:

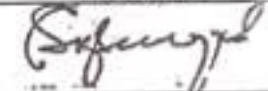
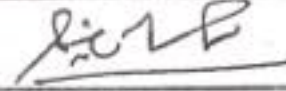
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता के लिये सिफारिश करने के लिये अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश नहीं किया जाता है तो हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ साथ यह भी मान्यता प्रदान करता है कि हॉस्पिटल द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उद्देश्य पर हॉस्पिटल द्वारा प्रदान की गई सहायता या बिना मेरी अनुमति/प्रतिष्ठा का ध्यान देने एवं हॉस्पिटल के बीच का विवाद है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हॉस्पिटल में उद्देश्य के लिये सुरक्षा और अन्य चीजों को सही विधि/उद्देश्य हेतु प्रदान की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिये सिफारिश

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/11/2019</p>	<p>                  Dr. Charanpreet Singh Das                  MBBS, MS                  Reg. No. 68372                  (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)                  सरकारी डॉक्टर का नाम एवं हस्ताक्षर के साथ</p>	<p>                  Anil Kumar Bagchi                  Director                  &amp; Research Centre                  (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)                  नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	--

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

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