

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/11119/2019**
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **12/11/2019**
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **SUMITA DAS**
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : **70**
SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **HARA KUMAR DAS**
पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान

**S. SIDDHESWARL LANE, SERAMPORE,
CHATRA, HOOGHLY 712004, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान

AS ABOVE

OCCUPATION : **HOUSEMAKER**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 1800 X 12 = 21600/-**
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो सत्य 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.	SUMITA DAS	70	F	SELF
2.	ASHOK DAS	43	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (उपलब्ध पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्विज्ञान/वैद्यक से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतिलिपि संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SIUS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED तो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मेरी सहायता है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने आमतौर पर या भविष्य में नहीं, इस धरित का समतल या समतल विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो किया है और न ही दायित्व में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित करें, दूरदर्शन, दूरभाष, दूरदर्शन से जुड़े मीडिया/प्रिंट और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्रों के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्यों से प्रकाशित करने से सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा दिये गये निर्देशों का पालन करना और आवश्यकता होना।

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



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 & except 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 आमतौर पर के "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि यह (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विभिन्न सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिये या तो रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि स्वीकार/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रक्रिया में सहायता प्राप्त है कि असाध्य प्रक्रिया पर सहायता प्रदान करने हेतु किसी भी प्रकार की सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं प्राप्त होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त प्रस्ताव द्वारा ही मैं सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में उपरोक्त सहायता और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ उपरोक्त हस्ताक्षर और "कोशिका" को सौंपी प्रकृति या जिम्मेदारियाँ इस प्रकार में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये सिफारिश

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/11/2019</p>	<p>Dr. Arghya Das MBBS, MD Reg. No. - 68372 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका व पते व</p>	<p>Dr. Anil Kumar Baghel Director Sustar Eye, Cataract & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर का नाम व इलाका अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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