

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/1119/2112** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **13/11/2019**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **PARUL SUTRADHAR** AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **79** SEX / लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : **ANIMESH DEY**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासस्थान : **PAINCETTA, BOBKAGAN, NORTH 24 PARGANA S 793235, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासस्थान : **AS ABOVE**

OCCUPATION / व्यवसाय : **HOMEMAKER** MARRIED (विपत्तित) / UNMARRIED (अविपत्तित) :

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : **RS 1500 X 12 = 18000/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / PAN संख्या : **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्यम हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) : Yes / No 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	PARUL SUTRADHAR	79	F	SELF
2	ASIT SUTRADHAR	50	M	SON
3	HONA SUTRADHAR	46	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग आय पर (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	--	--	--

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2	SURGERY - LE (SK'S-A 10)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/सही न माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पट्टा किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रारूप नहीं भेजा है, इस प्रति का अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा पत्र)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक के नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और निशान इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम.एन.डी.ए. के माध्यम से, कर्मचारियों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निशान भी इस प्रारूप के अंतर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और निशान को इस सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" एम.एन.डी.ए. द्वारा प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।

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



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा पत्र)

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.

हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा सिफारिश करने वाले अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर करने पर, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से घोषणा व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया करने के अन्वय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/प्रक्रिया करने से अस्वीकार किया जाता है, तो हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से अभाव होने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस घोषणा के अन्वय में हम स्वीकार करते हैं कि अस्वीकार प्रक्रिया पर उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सही सहायता होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का निर्णय रोगी/रोगी के चिकित्सा/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपरोक्त हस्पताल सुरक्षा और अपने मामले को सही विधि/प्रक्रिया करने एवं हस्पताल को सही और "कोशिका" की कोई भी प्रकृति या विधि/प्रक्रिया इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>13/11/2019</p>	<p>Dr. Priyansha Chatterjee MMS.DNB Reg. No. - 70555 (Name of Doctor to be affixed with Stamp) हस्ताक्षर करने वाले डॉक्टर का नाम</p>	<p>Shri. Sankar Singh Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम या पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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