

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1119/2119** APPLICATION DATE : **13/11/2019**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **SANDHYA HAJARA** AGE-YEARS **60** SEX **F**
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME : **APCHUGOPAL DAS**
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **DAKSHIN KALIA, KUTIA, TITAGARH, NORTH-24 PARGANAS, WEST BENGAL**
वर्तमान निवासीय पता

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



OCCUPATION : **HOMEMAKER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 1900X12 = 22800/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. **स्वास्थ्य सहायता**
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर घड़ी का निशान लगावे) 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.	SANDHYA HAJARA	60	F	SELF
2.	KANTI HAJARA	29	F	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किन्से पने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LECTICS + TOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों 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: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिनाले एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विरत सहायता हेतु यह प्रक्रिया की नहीं है; इस उपाय का अधिक या समस्त दिस्त किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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 का अन्त इच्छा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, चर, चक्रवर्तक एवं उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो प्रयास करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरी इच्छा के पराएँ या चर में चले के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में न्यायी अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है जुड़े सतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" एवम् न्यायी के अधिकारों का निर्वहण अधिक और सम्भवकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

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 को और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, किसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी गैर सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से वसत उपलब्धता से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया हेतु के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग रहे हैं कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/असम्भव हेतु सम्भव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रदान किया गया सहायता केवल वसत उपलब्धता हेतु सिफारिश के अन्तर्गत ही है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश प्रक्रिया का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए अस्पताल में उपलब्धता हेतु सहायता प्राप्त और अन्तर्गत को सही सिफारिश लेने एवं अस्पताल को हेमो और "कोशिका" की कोई भी प्रक्रिया या सिफारिश इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery अभियोग की तारीख</p> <p>13/01/2019</p>	<p>Dr. Priyanka Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. - 70555 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर 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>
	