

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2188 APPLICATION DATE : 14/11/2019  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SARASWATI DAS AGE-YEARS 65 SEX F  
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : TAPAS DAS  
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS TALBONA, HOOGHLY #2134, WEST BENGAL  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE  
स्थायी आवासीय पता



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1900 x 12 = 22,800 (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. XXXXXX ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
या आप आय का दाता हैं (जो मध्य हो उस पर चिह्न का निरूपण करें): 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	<u>SARASWATI DAS</u>	<u>65</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2	<u>TAPAS DAS</u>	<u>67</u>	<u>M</u>	<u>HUSBAND</u>
3	<u>HEL DAS</u>	<u>31</u>		<u>SON</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विनति आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय का दाता हैं (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय का दाता हैं (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	---	---	---

\*PURPOSE\* for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु दिने गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/वैद्यक से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतियाँ संलग्न
1.	<u>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</u>
2.	<u>SURGERY - L.E (SICS + IOL)</u>

ASSISTANCE BEING AWAIRED 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 AWAIRED सी गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इतु फेरत नर)**

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई विवरण सही कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता रद्द हो सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं यहाँ हूँ, उपाय उपलब्ध नहीं होने की पूर्ति के लिये विचार करूँगा, जो इस प्रकरण में माग रहा है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं सहायता हेतु "का प्रत्येक को नहीं है", उस डॉक्टर का अधिकार या सहायता किसी अन्य डॉक्टर/बोर्ड/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इतु फेरत)**

- 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 का छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अर्शेक जानकारी को उपरि बताना हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, छाप, वाचना/बताने, इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव हो सके बिना किसी भी शर्त, अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" न प्रकाशित करेगा।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है जुड़े सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा किये गये निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इतु फेरत)**

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आमतौर पर की "कोशिका फाउंडेशन" से विधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिफारिश करने से मान्यता देते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विधि सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिये से ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया उपाय के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/अन्य हेतु समुदाय की विधि उपाय है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विधि पर उपाय लेने/प्रक्रिया हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता संगठन सिफारिश प्रक्रिया को है। मेरी या अस्पताल द्वारा ही मैं सहायता या विधि गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिये अस्पताल में लेने के इलाज सुरक्षा और करने करने की सभी जिम्मेदारी लेने एवं हस्ताक्षर की लेने और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>14/11/2019</b></p>	<p>Dr. Nagesh Kumar MBBS, DNB Reg. No. - 63729 Central Eye Research &amp; Research Centre (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम या हस्ताक्षर या छाप, प.</p>	<p><b>S. K. Bagchi</b> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम या पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तरिक उपयोग हेतु)**

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