

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2161 APPLICATION DATE : 14/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : KEDARNATH DAS AGE-YEARS 67 SEX M
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS HAZI ZAKARIA LANE, BEADON STREET,
KOLKATA 700006, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : UNEMPLOYED MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1500 x 12 = 15,600 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्वास्थ्य खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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.	<u>KEDARNATH DAS</u>	<u>67</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>ABHIR DAS</u>	<u>30</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</u>
2.	<u>SURGERY — RE (SI & IOL)</u>

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 एक लाख सहित सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाच्य अथवा सहायक नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में उल्लेखित है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रकरण नहीं किया है, इस मदद का वापस मिलने के लिए अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका फाउंडेशन", को, वाच्य/वाच्य रूप से उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारित करने में मदद मिलेगी है। मेरे प्रचार के विवरण में हस्तगत के पते या पता में बदलाव के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मनाई अधिकृत है।
 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिए सहायता का इच्छुक नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य का निर्धारण और सहायता दी जाएगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

कनकेश नाथ दास

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 & 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.

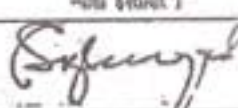
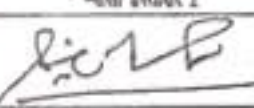
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश करने वाले (हस्पताल) निम्न प्रकार से घोषणा या स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी रोगी के उपचार या किसी अन्य रोगी से उम्मीद की जाने वाली सहायता के लिए हमें किसी भी अन्य स्रोत से सहायता मिलेगी है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है। यदि सहायता "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता के अभाव में सहायता को अन्य स्रोत से पूरक करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रक्रिया में सहायता हेतु सिफारिश करने वाले (हस्पताल) द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए सहायता का इच्छुक नहीं होता है।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार या प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हस्पताल हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और मरने जाने की सभी जिम्मेदारियों को पूर्ण रूप से स्विकारता है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ नहीं होती हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/11/2019	<p>Dr. Nishakshi Karan MBBS, D.O., DNB Reg. No.-83729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Shib Banerjee Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंतर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदारों के हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदारों के हस्ताक्षर 2 
--	---