

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2199 APPLICATION DATE : 16/11/2019  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MADHAB DHARA AGE-YEARS आयु-वर्ष 70 SEX लिंग M  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : REKHA DHARA  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पर  
PART NO 17, SHALIPUR, NORTH 24 PARGANAS  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पर

— AS ABOVE —



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1300 x 12 = 15,600 (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का दस्तावेज संलग्न करें)

PAN No. स्थायी 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.	MADHAB DHARA	70	M	SELF
2.	REKHA DHARA	61	F	WIFE
3.	LAKSHI KUMITA DHARA	33	F	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:

Sr. No.  
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached  
असफल/बैंगन से चार्ट की गई उपलक्षण सूची संलग्न

- DIAGNOSIS — CATARACT — LE
- SURGERY — LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED ही गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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.
  - 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.
  - 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 विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं दृढ़ता से सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उक्त सहायता उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये विध्य जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य सहायता हेतु यह प्रबंध नहीं करूँगा, उक्त सहायता का आंशिक या पूर्णतः विरस्त किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में सूर्य।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका फाउन्डेशन", एवम् न्यासीय, धर्म, सचकार/सचकारियों जस्टिस से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निवारण मेरी हस्तगत के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीय अधिकृत हैं।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

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 सहायकारी के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रस्तुत करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये माग है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विरही अतिरिक्त/सकल हेतु समुदाय की विषय जता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता के लिये माग करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायकारी स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायकारी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इस्तेमाल द्वारा ली गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और सही जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery अभियोग की तारीख</p> <p>26/11/2019</p>	<p>Dr. Nalinakshi Karan MBS, DNB Reg. No. 5379</p> <p>(Name of Dr. &amp; Reg. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, प.</p>	<p>Ankur Sagchi Director</p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) धर्म व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु

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