

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/1119/2200** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **16/09/2019**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **ICHHANUR BEWA** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **60** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम: \_\_\_\_\_

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **HADHYANTPURUR, NORTH 24 PARGANAS 743425, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **HOUSEWIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **RS 1800 x 12 = 21600/-** (Attach Proof of Income) (आय का सबूत प्रस्तुत करें)

PAN No. / पान संख्या: \_\_\_\_\_ ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (आय कर का दावा है (को मान्य हो उस पर सही 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 संबंध
1.	ICHHANUR BEWA	60	F	SELF
2.	KAZI AJI	33	M	SON
3.	FAHAD AJI	30	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र को छात्र प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र को छात्र प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (उपलब्ध पत्र को छात्र प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु दिने गने किसी का उद्देश्य: \_\_\_\_\_

Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से बांधे की पर्ची प्रतिलिपि भुकी संलग्न

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से बांधे की पर्ची प्रतिलिपि भुकी संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS + IOL)

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 / इसी उद्देश्य के लिए प्राप्त 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त होगी, तो मैं इसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूंगा, जो इस प्रकरण में पद प्राप्त है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी, इस राशि का अंशिक या पूर्णतः निरस्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ली है और न ही सहायता ली जा सकती है।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक घोषणा की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने के लिए और/या सूचनाओं को प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रकरण में मेरी सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का उपयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से प्रसारित करने के लिए मैं स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा किये गए निर्णयों का अंतिम और अविरोध करने वाला होगा।

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



**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 & except 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आवेदक/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की जा रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाएगी, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा सहायता के लिए प्रार्थना की जा रही है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता का चयन रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और करने जाने को सही विधि/उपचार एवं हस्ताक्षर की ओर और "कोशिका" को कोई भी प्रभाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>16/11/2019</p>	<p>Dr. Nandakshi Karan M.D., D.M., D.N.B. Reg. No. 53729 (Name of Dr. &amp; Regit. No. with Stamp) Surgeon Eye, ENT &amp; Head Neck, Koshika Foundation Centre</p>	<p>Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोगी पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आंतरिक उपयोग हेतु

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