

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/11119/2202** APPLICATION DATE: **16/01/2019**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **SHOVA KABASI** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **75** SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्न्या का नाम: **JAYDEB KABASI**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **JADURHATI, NORTH 24 BARANAS 743293, WEST BENGAL**

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



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

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **BS2000 x 12 = 25200/-** (Attach Proof of Income / आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / आय का स्रोत: **ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):** Yes / No No

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.	SHOVA KABASI	75	F	SELF
2.	KISWAJI KABASI	36	M	SON
3.	INDRAJIT KABASI	45	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसदोला कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने नये विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतियाँ संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STCS + 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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा घोषणा करना)

- 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 प्रारूप 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरे परिवार को कोई भी, इस उद्देश्य का आर्थिक या वस्तुगत विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं मिलेगा और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक 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 मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अर्पणक घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रसारित हों, जहाँ "कोशिका" दवा, उपकरण, दवा, चिकित्सा दवाएँ, उपकरण से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्डों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित किया जाएगा।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से प्रसारित करने के लिए मैंने अर्पणक को हस्ताक्षर कर दिया है। इस संबंध में "कोशिका" दवा, उपकरण, उपकरणों का निर्माण और चिकित्सा उपकरण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा यहाँ पर हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से हो रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु उक्त रोगी के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा करार हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती/पूर्णतया नहीं मिलती तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकार उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं होगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता का निर्णय रोगी के हितों पर आधारित है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमें रोगी के हितों में सुनिश्चित करने और रोगी के हितों को सुरक्षित रखने और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि</p> <p>16/11/2019</p>	<p>Dr. Nalinakshi Karan MBBS, D.O, D.C Reg. No. 1729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) <i>Car/16</i> हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p><i>Sankar Bagchi</i> Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Sustut Eye Foundation on behalf of Hospital) हस्ताक्षर या पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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