

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1119/2236 APPLICATION DATE: 18/11/2019
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: DHARANI MAL AGE-YEARS: 62 SEX: F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DAYAL MAL
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: METALA, MARIJAPUR, BIRBHUM
981128, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOME MAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1600 X 12 = 19200/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो दाता 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 संबंध
1.	DHARANI MAL	62	F	SELF
2.	KAUSHIK MAL	20	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गणेशी सेवा के नीचे उपयुक्त पर (उपयुक्त पर की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपयुक्त पर (उपयुक्त पर की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसमोचन कार्ड (उपयुक्त पर की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उद्दिष्टित शुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SISS + 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 हाँ तो सहायता राशी

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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा सच्यता यह बात है उसे मेरी सहायता निरास भी हो सकती है।
 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से ही कर रही हूँ, उसका उपयोग सही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में या भविष्य में मैंने, इस सहायता का आर्थिक या वस्तुतः किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 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 को छाप करके, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" एवं न्यासीयों, चरण, सफलता एवं उद्देश्य से जुड़ी प्रतिक्रियाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रचारित करने में सक्षम अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे करने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" न न्यासीयों अधिकृत हैं।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे पता: सहायता का हस्ताक्षर जो सहायता इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी 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 & 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता देने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु विवरणित भी जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणित/प्रक्रिया सहायता के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरणित/प्रक्रिया सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाय है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः इच्छित मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही नई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रकरण को नई सहायता के लिये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू और करने जाने को सही विवरणित रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपेक्षा की तारीख</p> <p>18/01/2019</p>	<p>Dr. K. G. ... MBBS, D.O., D.M., FCS Reg. No. 3001</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) ... हस्ताक्षर को नाम व हस्ताक्षर व छाप, र.</p>	<p>Sankar Bagchi Director Susrut Eye Hospital & Research Centre</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम 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>
	