

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K(1119) 2242**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **18/03/2019**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **TUSUNI DOM**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **59**

SEX / लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुप का नाम : **SUDAN DOM**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : **BAKRECHINAB, STRATHIM 731128, WEST BENGAL**

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

OCCUPATION / व्यवसाय : **HOUSEMAKER**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **RS 1400 X 12 = 16,800/-**

(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निरसन संक्षेप) : Yes / हाँ / No / 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	TUSUNI DOM	59	F	SELF
2	KANAIT DOM	34	M	SON
3	PAJAK DOM	30	M	SON

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जमा प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
---	--	--	--

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची 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 / ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता मिलने की वादावधि है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिले हुए धन, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं इस सहायता के लिए, इस धन का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा न्यायीयों, दान, सहायता के लिए उद्देश्यों से मुझे प्रचारित करने और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पत्रों या पत्रों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों या विवरण अतिरिक्त और सहायता के लिए।

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से सहायता नहीं करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संपन्न या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिए लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अतिरिक्त/अवकाश हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता उदाहरण के लिए हेतु सिफारिश की जाती है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव उपरोक्त एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में उपरोक्त के हस्ताक्षर प्राप्त और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ उपरोक्त एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. K. Ghosh
Director

Surgical, Paediatrics & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
18/11/2019

Dr. K. Ghosh
M.B.S., D.O., D.M., F.R.C.S.
Reg. No. 12345
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायीय हस्ताक्षर 2