

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2243 APPLICATION DATE : 18/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MAYARANI SARDAR AGE-YEARS 46 SEX F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BESWAJET SARDAR
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS MODKHALE DURGAPADA, CANNING SOUTH 24 PARANAS/ 24329 WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 19000 X 12 = 228000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है? हाँ / नहीं
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):

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	MAYARANI SARDAR	46	F	SELF
2	KHILL SARDAR	51	M	HUSBAND
3	SHANKAR SARDAR	23	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाच उचित चलान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग आय पर (आय पर की जाच उचित चलान की)	Ration Card (Attach Copy) रशियन कार्ड (आय पर की जाच उचित चलान की)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई सबूत

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवागिर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2	SURGERY — RE (SLCS + 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: आवेदनक 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 होने पर, उसका इस्तेमाल उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र में पत्र है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता प्राप्त करूँगा और न ही पैसे खर्च करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी छवि को मुद्रित करवा दूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, छपाई, संचारण/संचारण के माध्यम से मुद्रित प्रचारितियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार संचालित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्तगत के पत्रों का पत्र में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" न न्यासीयों अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे ज्ञात: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उक्त न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक 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 की ओर से सहायता के लिये "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 और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय/वित्तीय सहायता के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अतिक्रमण/असफल हेतु संचार नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने नई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रकरण में नई सहायता या किसे गले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव 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 सुरक्षित और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अभियोग की तारीख 18/11/2019</p>	<p>Dr. K. Ansh MBBS, D.O., FRCS Reg. No. 10111 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर पत्रिका</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) यम व पर 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>
	