

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/11/19/2257

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 18/11/2019

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: TUSU BAGDI

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: ANATH BAGDI



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: BARRUSWAR, BIRSAVAI TOLLIES, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:

AS ABOVE

OCCUPATION / व्यवसाय: HOUSEWIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: RS 1800 X 12 = 21600/-

(Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न 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 सम्बन्ध
1.	TUSU BAGDI	60	F	SELF
2.	ANATH BAGDI	62	M	HUSBAND
2	KAMEN BAGDI	34	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोज्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाविवेदन प्रतियाँ 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 विधियों अन्य स्रोतों से लिया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / एकी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अर्पणकर्ता 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 सत्य कथन अथवा सच बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस प्रकरण के उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त करूँगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में कभी भी इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता नहीं मांगी है और न ही भविष्य में मांगूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 (अर्पणकर्ता) अर्पणकर्ता को घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण के उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस प्रकरण के उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए मैंने अर्पणकर्ता को घोषणा की है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के भरोदारों के द्वारा प्रसारित करने का अधिकार नहीं है। इस प्रकरण के उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए मैंने अर्पणकर्ता को घोषणा की है।

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



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता देने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को लिखित सहायता देने की घोषणा की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

1) यह कि हम सहायता नहीं मांगेंगे और न ही भविष्य में लिखित सहायता किसी और स्रोत से मांगेंगे या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखेंगे। इस प्रकरण के उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए हमने अर्पणकर्ता को घोषणा की है।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव करने का अधिकार अर्पणकर्ता का होगा और "कोशिका फाउन्डेशन" का कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपेक्षा की तारीख</p> <p>18/04/2019</p>	<p>(Name of Dr. & Regs. No. with Stamp)</p> <p>Dr. Ghosh MBBS, FRCS Surgical Centre</p>	<p>Shri Sankar Bagchi Director</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>हम पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर</p>