

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/12/2273 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 2/12/2019 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : ARATI MANDAL आवेदक का नाम		AGE-YEARS वय-वर्ष 54	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KESTO CHANDRA DAS पिता/पति का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता GOUR MANDAL, NITING BAZAR, BIJOYPUR, NORTH 24 PARAGANAS 700121, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता AS ABOVE				
OCCUPATION : COOK व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : ₹ 2000 x 12 = 24000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)		
PAN No. स्पष्ट नहीं है				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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.	ARATI MANDAL	54	F	SELF
2.	ASHWIN MANDAL	23	M	SON
3.	GULA MAITY	21	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विन्यास आधार				
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (प्रमाण पर की जाच प्रवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (प्रमाण पर की जाच प्रवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदानी कार्ड (प्रमाण पर की जाच प्रवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्ने सचे विन्यास का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से फटी की गई प्रतिवेदन सूची 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 किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस सहायता राशि		



**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 असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस ओर साहसपूर्वक घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से कोई भी भुगतान नहीं करूँगा और न ही किसी और व्यक्ति से भी।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 fulfilment 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 में अपने हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को स्वीकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए, या किसी भी माध्यम के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए स्वीकृत करें। मेरे नाम का प्रयोग मेरे इलाज के पूर्ण निर्वहन के बाद भी मेरे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता स्वीकृत की जा सकती है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए स्वीकृत किया जा सकता है। इस स्वीकृति से "कोशिका फाउंडेशन" को मेरे नाम का प्रयोग मेरे इलाज के पूर्ण निर्वहन और सहायता के लिए करने की अनुमति मिलेगी।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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, हम यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए सहमत हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं:

- 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी और स्रोत से सहायता नहीं लेते हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए माँगा गया है, जब तक कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी और स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस स्वीकृति से स्पष्ट किया जाता है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं है।
- 2. "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए माँगा गया है, और इससे "कोशिका फाउंडेशन" को रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भुगतान या निरन्तरता इस प्रकरण में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/12/2019	Dr. K. Ghosh MBBS, D.D., D.M. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोगी पर हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2