

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/1219/2022** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **14/12/19**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **MALATI GHOSH** AGE-YEARS / आयु-वर्ष : **53** SEX / लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम : **TINKARI GHOSH**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : **KARVI, BARDHAMAN 713143, WEST BENGAL**

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



OCCUPATION / व्यवसाय : **HOUSEWIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) :

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **RS 2100 x 12 = 25200/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / पैन संख्या : **XXXXXX** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (आप आय कर दाता हैं (को मध्य 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 संबंध
1.	MALATI GHOSH	53	F	SELF
2.	BABU GHOSH	59	M	HUSBAND
3.	SANJAY GHOSH	28	M	SON
4.	PALASH GHOSH	25	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि आधार			
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीके कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / वनपोंसल कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये विपत्ती का वर्णन:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS 230L)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस वर्णन 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 / ही गई 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाचन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र में है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, तथा जहाँ का आर्थिक या वस्तुतः किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही लिये जा रहा है।

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 it's 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, मुझे, या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य के पूर्ण अर्थपूर्ति और वितरण के लिये किसी भी प्रकार सहायता को प्रकटित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे उद्देश्य के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रकटित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य के प्रकटित है मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उद्देश्य भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की 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 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रस्ताव करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उच्च उपचार/उपचार से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रस्ताव हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश नहीं की जाती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश करने उच्च उपचार/उपचार हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेते/लेते।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रस्ताव सिफारिश की है। उन्हीं पर हस्पताल द्वारा ही सहायता प्रदान की जायेगी और उपचार/उपचार का चुनाव उन्हीं द्वारा हस्पताल के चिकित्सक और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसमें हस्पताल में उन्हीं के उद्देश्य सुरक्षा और अपने अपने की सही जिम्मेदारी उन्हीं द्वारा हस्पताल की होती है और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Diptesh D.
Reg. No. - 64088 (WBMC)

M.B.B.S., D.O.
Sushrut Eye Foundation & Research Centre

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

Shib Bankar Banerji

Director
Sushrut Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल 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