

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1219/2028** APPLICATION DATE : **15/12/19**

NAME of APPLICANT : **ARATI DEBNATH** AGE-YEARS **51** SEX **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **CHITTARANJAN DEBNATH**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **GHOSHAT, DAKSHIN BALPARA, KATWA, BARDHAMAN 713130, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **AS ABOVE**



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

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 2400 X 12 = 28800/-** (Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)

PAN No. **स्वयं प्राप्त संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
आप आय कर का दाता हैं (को यहाँ से उचित पर चिह्न का निशान लगाएं) **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 DEBNATH	51	F	SELF
2.	CHITTARANJAN DEBNATH	56	M	HUSBAND
3.	CHANCHAL DEBNATH	28	M	SON
4.	JAYDEB DEBNATH	25	M	SON
5.	JAYMA DEBNATH	21	F	DAUGHTER
6.	ANITA DEBNATH	18	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

EPL Card (Attach Card Copy) एपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूएस सीएफ के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये बिस्वी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LG
2.	SURGERY - LG (SICR + TOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त मिला 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: अर्हक 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 सचन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में या भविष्य में मुझे कोई भी सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो निषेध है और न ही शर्तित है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए उद्देश्य से मुझे अधिकृत और उपायविधि के लिये किसी भी प्रकार सचन से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्तगत के पत्रों या करार के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं बचता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य विधि का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक को हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- I (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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर को और से उपरोक्त के "कोशिका फाउन्डेशन" से निरति सहायता हेतु विनियमित की जाती है, किन्तु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण से स्वयं से स्विकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निरति सहायता किसी भी सहायता संचालन या किसी अन्य स्रोत से उच्च उपरोक्त से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निरति/निरति उच्च से सचन से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरति अधिकृत/सहायता हेतु समुद्र नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सहायता संचालन या किसी अन्य सचन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता निरति पर उच्च उपरोक्त हेतु किसी भी सहायता संचालन या किसी अन्य सचन से नहीं ले सकते।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उन्हे या हॉस्पिटल द्वारा ही यह सहायता या निरति गये सचन/उपचार का चुनाव लेने एवं हॉस्पिटल को स्वयं का निष्पत्ति है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हॉस्पिटल में लेने के इच्छा सुरक्षित और अपने अपने को सही निष्पत्ति लेने एवं हॉस्पिटल को छोड़ें और "कोशिका" को कोई सुविधा या निष्पत्ति इस सम्बन्ध में नहीं लेनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Shib Sankar Bagchi
Director

DR. KOUSIK SARKAR
Reg. No - 6727 (WBMC)
MS. Fellowship in Cataract & Microsurgery

Susrut Eye Foundation Research Centre

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
15/12/19

(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

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