

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 11/210/2031
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 16/12/19
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : JYOTSNA BAIIRAGIYA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 72
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : DHANANJAY BOIRAGIYA
पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
SUKANTA PALLY, DHANDBAG, AMBAT, DURGAPUR,
BARDDHAMAN - 713203, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
— AS ABOVE —

OCCUPATION : HOME MAKER
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (नविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1800 x 12 = 21600 F
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाल में भरें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर घड़ी 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.	JYOTSNA BAIIRAGIYA	72	F	SELF
2.	PRADIP BAIIRAGIYA	47	M	SON
3.	SHARMILA MAHANTA	43	F	DAUGHTER

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के पोषण प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसोईका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SCL + SOL)

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 इसी वर्ष प्राप्त की 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सहायता प्राप्त करने के लिए गैर उचित विवरण को कथित किया गया है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही वह सही है, जिसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में कहीं भी या अन्य किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से वही राशि नहीं और न ही अधिक राशि प्राप्त होगी।

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 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 its 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 आवेदक द्वारा करार करने के लिए, मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिए, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से किया जाएगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने के लिए, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित किया जाएगा, मेरे लिए स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बचाता। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी अंतिम और स्वीकार्य होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 और से प्रारंभ करने को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी कारणवश अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए नहीं चाहते हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/वित्तीय सहायता के रूप में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त होना है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता/वित्तीय सहायता हेतु सहायता/वित्तीय सहायता नहीं किया जाता है तो हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत से सहायता/वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकार मैं घोषणा करता हूँ कि हॉस्पिटल वित्तीय सहायता हेतु किसी भी सहायता/वित्तीय सहायता को नहीं सौंपेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही सहायता/वित्तीय सहायता प्रदान की है। हमें या हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता/वित्तीय सहायता का चुनाव हमें ही करना है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता/वित्तीय सहायता का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में हमें सहायता/वित्तीय सहायता और अन्य सहायता को नहीं सौंपेगा और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी सहायता/वित्तीय सहायता प्रदान करने में नहीं सौंपेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery कार्यक्रम की तारीख 16/12/19	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

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