

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K10120/3237 APPLICATION DATE: 11/1/2020
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: GITADEVI SHAW AGE-YEARS: 55 SEX: F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: LAKSHMAN SHAW
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 4/1 BENIAPUR ROAD, KOLKATA, WEST BENGAL
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSE WIFE MARRIED (विविध) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 17000 x 12 = 204000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. क्या है/ नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 संबंध
1.	GITADEVI SHAW	55	F	SELF
2.	RANJIT SHAW	58	M	SON
3.	SANTAY SHAW	58	M	SON
4.	PRASENJIT SHAW	62	M	HUSBAND

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

EPL Card (Attach Card Copy) मण्डली रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"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 प्रतिवेदन पृथकी संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु किये गये अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वाग घोषणा कर:

- 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) मै घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण मे दिने गने सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मै दृढतः घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
 3) मै घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह अवसर नहीं चाहता हूँ, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न जो भी मदद मिले और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वाग 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/post-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 मे अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मै (आवेदनक) अपनी जानकारी के मुताबिक सत्य एवं सही "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करे, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित/प्रकाशित करने के लिये प्रयोग करे और इससे संबंधित जानकारी को आम जनता को प्रसारित करे। इस प्रकरण का निष्पत्ति मेरी इच्छा के अनुसार या फिर मेरे पैसे के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद मिलेगी है।
 2) मै (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग करे जा सकता है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उक्त जानकारी का प्रयोग अतिरिक्त और अलग-अलग प्रयोग करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वाग 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद न कर सकेंगे।
 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से मदद लेने/पाने के लिये या जो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करके मदद के लिये मै "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाग मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाग सहायता सिफारिश अतिरिक्त/अलग हेतु सहायता नहीं मिले तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत सहायता हेतु मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुताबिक मैं सत्य घोषणा करता हूँ कि सहायता सिफारिश करके उक्त सहायता हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/पाने।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उद्देश्य या इच्छा द्वाग ही मांग किया जा किने गने उपचार/उपचार का चुनाव उद्देश्य एवं इच्छा के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाग किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में उद्देश्य के अनुसार उपचार और करने वाले को सही सिफारिश उद्देश्य एवं इच्छा की ओर "कोशिका" को कोई प्रभाव या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 स्वीकृती के लिये संस्तुति**

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप	 S. Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 पक्षी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 पक्षी हस्ताक्षर 2