

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **V1012013242** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **11/1/2020**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **SHASTHIPADA PALIT** AGE-YEARS उम्र-वर्ष: **72** SEX लिंग: **M**

FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: **MADAR PALIT**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता  
**SHONPOKUR HATTE BARI PURAKUR O KHAN  
PARA, TANK ROAD, WARD NO. 22, GABIRHAT,  
NORTH 24 PARGANAS, JUSULL, WEST BENGAL.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

**AS ABOVE**



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

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **RS. 1700 x 12 = 20,400/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चक्राई का चिह्न 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.	SHASTHIPADA PALIT	72	M	SELF
2.	DEBISIMES DAS PALIT	46	M	SON
3.	SUSANKAR PALIT	41	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) यदि कोई देश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु विनोद करने के उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/प्रातिपत्र से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS + IOL)

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

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अपर-आवक सत्य सदा है तो मेरी प्रार्थना सिद्ध भी हो सकती है।  
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने आगे नहीं आया है, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से मदद नहीं लेना है और मैं इस मदद को नहीं लेना हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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 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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो/चित्र आदि माध्यमों से मुझे संचारित करने और जानकारी देने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रार्थना का निष्पत्ति मेरे हस्तों को पहले या बाद में मदद के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रकाशित करने के लिए मैंने यहाँ घोषणा की है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा और प्रकाशित नहीं किया जाएगा। इस घोषणा में "कोशिका" द्वारा मांगे गए मदद के लिए अंतिम और अंतिमकारी होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.
- इसके अधीन, हमारे द्वारा यहाँ घोषणा करने वाले अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।  
 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता केवल वित्तीय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए हमें कोई भी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी या अतिरिक्त रूप से कोई भी सहायता या मदद के लिए हमें "कोशिका फाउन्डेशन" का चुनाव देना ही होगा।  
 हमारे अंतर्गत रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता केवल वित्तीय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के लिए हमें कोई भी अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee MBBS Reg. No. - 70555 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम व पता हस्ताक्षर व छाप	S. B. Singh (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पता हस्ताक्षर 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