

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K10120/3249 APPLICATION DATE: 11/1/2020
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: CHABI KAHAR AGE-YEARS: 60 SEX: F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: KARTIK KAHAR
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KALIGACHHI PURBA PARA, DHEBIA, HASNABAD, NORTH 24 PARGANAS, 743456, WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थाय आवासीय पता



OCCUPATION: HOME MAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs. 1700 x 12 = 20,400/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

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 से क्या संबंध
1.	CHABI KAHAR	60	F	SELF
2.	SHAMAL KAHAR	37	M	SON
3.	KAMAL KAHAR	34	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता को सिद्ध विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे अर्थ विपत्ती का वर्णन करें:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकेतर सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICST IOL)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार से दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद पाई है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में पाया गया है।
 - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रीफंड किया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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 प्रकार से अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, कथन/कथन करने वाले माध्यम से मुझे कोशिका फाउन्डेशन के लिये किसी भी प्रकार की मदद प्रदान करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे करने के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" न जारी अधिकृत है।
 - 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित किया जायेगा: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा जारी अधिकृत और कथन/कथन होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


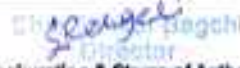


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भ्रान्त/भ्रान्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया जायेगा। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अंतर्गत/असंतुष्ट हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तिय परर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता प्रदान करने के लिये भ्रान्त/भ्रान्त।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे न तो सहायता प्रदान की जायेगी किन्तु न ही सहायता/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं सहायता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये सहायता में मेरी के द्वारा सुरक्षित और अपने अपने को सही सिफारिश देनी एवं सहायता को देनी और "कोशिका फाउन्डेशन" की कोई भी सिफारिश या सिफारिश प्रदान करने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपारण की तारीख 11/1/2020	 (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 पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

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