

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0120/3261** APPLICATION DATE: **13/11/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **PREMA DEVI SHAW** AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: **60** SEX / लिंग: **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रवर्ग का नाम: **MAHEUDRA GUPTA**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता:  
**71/5 T. SPOND LANE, TANGRA, KOLKATA**  
**700015, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता:  
**- AS ABOVE -**



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

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **RS. 1600 x 12 = 19,200/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या: **[Blank]** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No** (जो मान्य हो उस 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 संबंध
1.	<b>PREMA DEVI SHAW</b>	<b>60</b>	<b>F</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>ANSHU SHAW</b>	<b>38</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>

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

<b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) रसदोका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<b>DIAGNOSIS — CATARACT — IE</b>
2.	<b>SURGERY — IE (SICEST 102)</b>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता (आय) 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: (अर्सेक दए करेक 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 योरेक करत हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सफल अथवा सत्य सत्य सत्य सत्य है तो वेही साक्ष्य सिद्ध हो जा सकता है।
- 2) मै दृढ़ता से साक्ष्य करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से ही जो मदद है, उसका उपयोग उही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मै योरेक करत हूँ कि मैं इसका पैसा या मदद कभी नहीं ले, इस मदद का उपयोग या सफल दिखाने किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सिया है और न ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक दए करेक कर)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्सेक) यहाँ सहमत हो चुकी करत हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करने, सचकार/सचकार द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए और उद्देश्यपूर्ण करने के लिए किसी भी प्रकार सफल हो सकेगी करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के अंतर्गत या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्सेक) इस बात से साक्ष्य करती हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साक्ष्य के अंतर्गत से प्रकाशित है मुझे साक्ष्य: साक्ष्य का हस्ताक्षर नहीं करता। इस हस्ताक्षर से "कोशिका" द्वारा प्रकाशित नहीं करने के लिए अधिकृत और सचकार होना।

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

अर्सेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल दए करेक कर)**

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & except 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 को और से साक्ष्य/उपस्थिति को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय साक्ष्य हेतु सिफारिश को करती है, बिना हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से सत्य व सहीमान करती है।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय साक्ष्य किसी भी सहायक संपत्ति या किसी अन्य स्रोत से उच्च उपचार/उपचार से होने या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश करत के अर्थ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा साक्ष्य बिना सिफारिश/उपस्थिति हेतु मदद नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से साक्ष्य को करती अन्य सहायक से साक्ष्य होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुद्दे में स्पष्ट करत करत है कि अस्पताल वित्तीय मदद उच्च उपचार/उपचार हेतु किसी भी सहायक संपत्ति या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही जो साक्ष्य केवल वित्तीय प्रकृति को है। उपचार या हस्ताक्षर द्वारा ही जो साक्ष्य या बिना गैर-व्यवहार/उपस्थिति का चुनाव होने एवं हस्ताक्षर को ही का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए अस्पताल में उपचार के हस्ताक्षर सुरक्षित और अपने जाने को सही सिफारिश/उपस्थिति एवं हस्ताक्षर को होने और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या निष्पत्ति इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 13/11/2020</p>	<p>Dr. K. Glin... MSSB, DD, DND, ACS Reg. No. 50... (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) अपने का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p>Dr. Rajesh Bagchi Director (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) मम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्सेक दए करेक कर)**

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्सेक हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्सेक हस्ताक्षर 2</p>