

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K10120/3262 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 13/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : ANJALI HAZRA AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 80 SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : NARENDRA CH HAZRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : 92/H/11, SUREN SARKAR DELIAGHATA, KOLKATA, JHARKH, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता

AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS 1800x12 = 21600 (Attach Proof of Income) (आप का सबूत संलग्न करें)

PAN No. / पैन नंबर : खाली छोड़ें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / NO हां / 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.	ANJALI HAZRA	80	F	SELF
2.	BHARAT HAZRA	53	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय रोजगार के नीचे प्रथम पत्र (प्रथम पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रथम पत्र (प्रथम पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोगकर्ता कार्ड (प्रथम पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE(SIT/SPIC)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे जन्म संकेत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता द्वारा घोषणा करना)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने अथवा सहायता प्राप्त करना है तो सही जानकारी देना भी आवश्यक है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से ही मैं सहायता हूँ, जिसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उद्देश्य को पूरा करने के लिए, इस उद्देश्य का आर्थिक या वस्तुगत विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता द्वारा सहमति)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.
- 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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी स्वीकृति और अधिकार देता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए, जिसके माध्यम से मुझे सहायता मिलेगी और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिए, जिसके माध्यम से मुझे सहायता मिलेगी। इस प्रकार का उपयोग "कोशिका फाउण्डेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए है। मुझे सहायता का प्रदान करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए, जिसके माध्यम से मुझे सहायता मिलेगी और/या जानकारी को प्रसारित करने के लिए, जिसके माध्यम से मुझे सहायता मिलेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

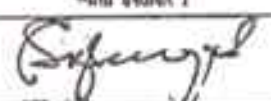
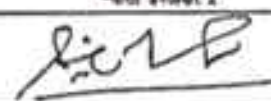
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
 - 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.
- इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिर्फ प्रस्ताव से सत्य न स्वीकार करते हैं।
- 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.
 - 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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery अर्पणकर्ता की तारीख 13/11/2020	Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FRCS Reg. No.-31001 Surgeon at Dr. & Rega. No. with Stamp हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(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 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	--