

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3285 APPLICATION DATE : 13/11/2020  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : NITYANANDA DAS AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग  
आवेदक का नाम 57 M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SHAMBHU DAS  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 8A, AMULYA CHARAN PALLI STREET, KAMARHATS, ARIADAH, NORTH 24 PARGANAS HOUGHLY, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -



OCCUPATION : LABOURER MAILED (विधवा) / UNMAILED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 1900 x 12 = 22,800/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से टिक करें जो लागू है)

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	NITYANANDA DAS	57	M	SELF
2.	SOHRAH DAS	28	M	SON
3.	SANJIT DAS	24	M	SON
4.	SHAMMIT DAS	50	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

EPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

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

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SI(S+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता प्राप्त करने का कोई लिखित प्रमाण है?

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हउत घोसल 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 घोसल करत हूँ कि एत प्रकरण मे दिने गले सभे विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। कौन कोई विवरण एवं कथन असत्य पाए जात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मै हउत से सहायता प्राप्त "कीटिका फाउन्डेशन", से ही ना रही है, सहायता उपलब्ध नहीं करेगा की पूर्ण के बिना बिना कारण, जो एत प्रकरण में पद प्राप्त है।  
 3) मै पुष्टि करत हूँ कि बिना सहायता हेतु पर प्रत्येक की नहीं है, इस प्रति का अधिक या कमता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सिका है और न ही भविष्य में होगी।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक हउत करत)**

- 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/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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी छायापट्टी की पुष्टि करत हूँ एवं "कीटिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करत हूँ कि वेद नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग हैं, इसे "कीटिका" एनएफओ, चर, सचवाक/स पूरा उद्देश्य से मुझे संचारित करने और प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने में विधि अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे हस्ताक्षर के बिना या मेरे करने के बिना "कीटिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस प्रकरण में "कीटिका" एनएफओ न्यायीय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :  
 आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल हउत करत)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) हिसाब प्रकरण से नाम न उल्लेख करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उचित परिणामों में होने या हो रही है, जैसे कि इसे "कीटिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के अभाव में "कीटिका फाउन्डेशन" हउत करत हेतु कि है। यदि "कीटिका फाउन्डेशन" हउत सहायता किसी अधिकृत/अन्य हेतु प्राप्त नहीं किया जात है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत/सहायता से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि हस्पताल सिफारिश करत उचित परिणामों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं सहायता होगी।  
 2. "कीटिका फाउन्डेशन" से ही नहीं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल हउत ही नहीं सहायता या बिना गले उपचार/उपचार का चुनाव करने एवं हस्पताल के बीच का निवारण है और "कीटिका फाउन्डेशन" हउत किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में ऐसे के हस्ताक्षर मुद्रा और अपने जाने की सही सिफारिश करने एवं हस्पताल की सही और "कीटिका" की सही पुष्टि या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
 स्वीकृती के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/11/2020	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O., J.D., FRCR Reg. No. 110771 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर य चि २	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल 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
	