

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K10120/3288** APPLICATION DATE: **13/1/2020**
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **BHARATI BISWAS** AGE-YEARS **70** SEX **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **GOUR CHANDRA MAJI**
 पिता/ससुरा का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **HARISH NAGAR, DHORAGHATA, HOOGHLY 712403, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **समस्त उपरोक्त पता**

- AS ABOVE -



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

TOTAL ANNUAL INCOME: **RS 16000 x 12 = 192000** (Attach Proof of Income)
 कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. **समस्त उपरोक्त**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गंभीरता से चिह्नित करें)

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	BHARATI BISWAS	70	F	SELF
2.	MAJI BISWAS	42	M	SON
3.	TAPAN BISWAS	39	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिए कृपया अक्षर

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर जो जांच प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (आय पर जो जांच प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (आय पर जो जांच प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (ICSTIOL)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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.
- 2) 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में उपलब्ध नहीं था तो भी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में सत्य रूप में है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो भी सहायता मिले और न ही भविष्य में सहायता के लिए किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायता नहीं लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 fulfilment 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को सत्य मानता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे कि वे "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से, मुझे सहायता के लिए प्रार्थना करें, जो कि मेरे उद्देश्यों के लिए है।
- 2) मैं (आवेदक) आगे भी सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के लिए मैंने प्रार्थना की है, जो कि मेरे उद्देश्यों के लिए है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.

इस प्रकार, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का प्रयास करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता पूर्णतः नहीं मिलती है, तो हमें सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा सिफारिश की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चयन रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए, हॉस्पिटल में रोगी के उपचार का चयन और उसे करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हॉस्पिटल की होती हैं और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अवरोधन की तारीख 13/11/2020	Dr. K. Singh MBBS, D.C., F.R.C.S Reg. No. 1071 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका का पता व छाप	Shri. S. Singh Surgeon (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2