

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K1012013292 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 13/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SANDHYARANI DE AGE-YEARS मातृ-वर्ष : 65 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम : NEMAI DE

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : PASHIM BAHIN DRANAGAR, 3 DUMDUM, NORTH 24 PARGANAS, HOOGHS, WESTBENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : क्या स्थायी पता

- AS ABOVE -



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

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : RS. 1500 x 12 = 18000/- (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या प्राप्त है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / नहीं /

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SANDHYARANI DE	65	F	SELF
2.	RIZAN DE	49	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

EPL Card (Attach Card Copy) एप्ले रिकार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रेषित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयस एन सी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रेषित करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही प्रेषित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिविपेनट सूची प्रस्तुत
1.	DIAGNOSIS = CATARACT = RE
2.	SURGERY = RE (SICSTIOL)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वाय घोषणा 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) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रदान किए बिना गलत प्रमाण प्रदान है तो मेरी आवेदन प्रारण को खारिज किया जा सकता है।
- 2) मैं दृढ़तापूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं यह सहायता प्राप्त करूँगा, जिसके बिना मेरी प्रार्थना की पूर्ति में कहीं भी मदद मिलेगी, जो इस प्रारण में मांगी गई है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायता के लिए, इस रकम को आंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले सकूँगा और न ही किसी अन्य स्रोत से ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वाय कर)

- 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 प्रारण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति और प्राधिकार देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को मेरी छवि, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारण में प्रयोग करने, उनके "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारण, प्रकाशन, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से मेरी छवि और विवरण को प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारण का प्रयोग मेरी इलाज के अंतर्गत या मेरे अंतर्गत के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के अंतर्गत करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारण का प्रयोग मेरी इलाज के अंतर्गत या मेरे अंतर्गत के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के अंतर्गत करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रसारण करने के अंतर्गत मेरी स्वीकृति देना आवश्यक है। मेरी प्रारण का प्रयोग मेरी इलाज के अंतर्गत या मेरे अंतर्गत के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारण, प्रकाशन, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से मेरी छवि और विवरण को प्रसारण करने के लिए अधिकृत है।



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



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पतालक द्वाय कर)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- हस्ताक्षर करके, हस्ताक्षर करने वाले के प्राधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के अलावा "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें सहायता प्रदान करने के लिए सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्राप्ति के अलावा हमें यह भी मान्यता प्रदान की जाती है कि सहायता प्रदान करने पर हमें सहायता प्रदान करने के लिए सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता प्राप्त करूँगा, जिसके बिना मेरी प्रार्थना की पूर्ति में मदद मिलेगी, जो इस प्रारण में मांगी गई है। मेरी प्रारण का प्रयोग मेरी इलाज के अंतर्गत या मेरे अंतर्गत के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारण, प्रकाशन, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से मेरी छवि और विवरण को प्रसारण करने के लिए अधिकृत है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/11/2020	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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