

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K10120/3295 APPLICATION DATE: 13/1/2020
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: RENU NASKAR AGE-YEARS: 63 SEX: F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: DHIREN MANDAL
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 38/11, BANGSACH DEE PALLY, SGTAPATI ROAD, PARNASREE PALLY, KOLKATA 700060, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - AS BENGAL -



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

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 13000 X 12 = 156000 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. प्राप्त हुआ संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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 से क्या संबंध
1.	RENU NASKAR	63	F	SELF
2.	MONIKA NASKAR	36	F	DAUGHTER

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रायोगिक से चार्ट को यह आवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STESFZOL)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वाय घोषण 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 यहाँ घोषण करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
 - 2) मैं यहाँ घोषण करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, इसका इस्तेमाल उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांगे गए हैं।
 - 3) मैं यहाँ घोषण करता हूँ कि मैंने भविष्य में या इस प्रकरण के अंतर्गत किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रकम ले ली है और न ही लेना है।

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 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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित करके, मुझे अर्थसहायता से जुड़ने के लिये प्रेरित करें और/या कोशिका फाउन्डेशन के बारे में जानकारी दे सकें। इस प्रकरण के अंतर्गत मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रकाशित होना मेरे उद्देश्यों से जुड़ने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद मांगने के लिये आवश्यक है।
 - 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद मांगने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी का उपयोग और प्रकाशित होना। इस प्रकरण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी का उपयोग और प्रकाशित होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वाय कर)

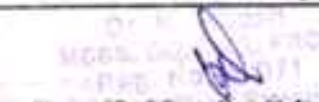
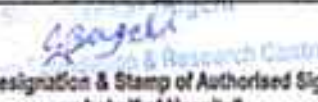
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आवेदनक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षरक) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पाने में लगे जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु मदद मांगने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाय कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाय सहायता विधि नकार/नकार हेतु समझ नहीं दिया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु मदद मांगने से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा वित्तीय सहायता हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/पाने।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उन्हीं पर हस्ताक्षर द्वाय ही मदद सहायता के लिये गये उपचार/उपचार का चुनाव हमें ही करना होगा और हमारा जो भी चिकित्सा उपचार है उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाय किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा न तो उन्हीं से सहायता मांगने और न ही किसी स्रोत से उन्हीं मदद मांगने को हमें और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिये संस्तुति

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 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 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2
