

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0120/3677 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 27/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: PAMPA SEAL AGE-YEARS आयु-वर्ष: 43 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: RABINDRANATH GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता: 74/8 BALMATA ROAD, KANKURGHATA, KOLKATA 700054, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता

AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय: COOK MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 1500 x 12 = 18000 (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सर्वो खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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	PAMPA SEAL	43	F	SELF
2	RABINDRANATH SEAL	15	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उड़ी संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उड़ी संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उड़ी संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किने गये विधि का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिख गये है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करना:**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं होता है तो मेरी सहायता रिक्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की सहायता नहीं ले रहा हूँ और नहीं ले रहा हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका" एनपी/एनडी, एन, सहायता के माध्यम से मुझे चिकित्सा और उपचार/उपचार के लिये जानकारी को प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उद्देश्य के पत्रों या पत्रों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित किया जा सकता है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" को प्रकाशित करने के लिये सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" एनपी/एनडी/एनडी के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगे।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)**

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.

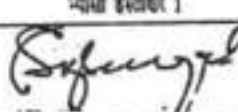
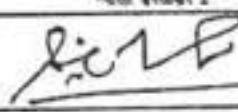
इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रकृति से सहायता नहीं लेते हैं।  
 1) यह कि हम अब तक और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये नहीं लेते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के उद्देश्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत/सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिये सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेती।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता हमें वित्तीय प्रकृति की है। हमें पर हमारा द्वारा जो भी सहायता प्रदान करने में सहायता/सहायता का प्रयोग नहीं है। हमारा रोगी एवं हमारा रोगी का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हमारा रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों को सही विधि से लेने एवं हमारा रोगी को सही और "कोशिका" को सही प्रकृति का विवरण इस मामले में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंतिम की तारीख 27/11/2020	Dr. Priyanka Chatterjee M.D. (Surgical) Reg. No. 12345 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sanku Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) एन व एन हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	--