

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 11/0120/3695 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 27/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: REKHA BAG AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 60 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रिय का नाम: SANKAR BAG

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: RAMA HATI, HARIADAH, NORTH 29 KARGANES 7 ROAD, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 22000 x 12 = 264000 (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. / सर्वोत्पादक 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.	REKHA BAG	60	F	SELF
2.	LALU BAG	34	M	SON
3.	RATAN BAG	33	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न की)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

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

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

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

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वांर 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही लेना चाहता हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वांर 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/produce 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 में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छापों को दुरुपयोग से नहीं इस्तेमाल करूँगा और "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल कर सकते हैं, जैसे कि इनके द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन" को धन या वस्तुओं का इकट्ठा करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा मांगी गई सहायता के लिए या मेरे इलाज के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिलने पर मैं स्वतंत्र रूप से सहायता ले सकता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा इस्तेमाल करने से मेरी सहायता के लिए या मेरे इलाज के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिलने पर मैं स्वतंत्र रूप से सहायता ले सकता हूँ। इस संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी अधिकार नहीं होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वांर करण)**

- 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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से उपरोक्त के "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगी जा रही है, जैसे कि इनके द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वांर मांगी जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वांर सहायता विनियमित/विनियमित न हो सके तो हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए सहायता मांगनी पड़ेगी। इस दुरुपयोग से स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वांर ही सहायता का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वांर किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज सुझाव और करने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हॉस्पिटल की होंगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी दुरुपयोग से सहायता नहीं मिलेगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संप्रस्तुति

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 27/1/2020	Dr. Piyush Chaturvedi  (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ पर	Shub Sanku Bagchi  (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 न्यायोपक्ष 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2