

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0120/3CT9 APPLICATION DATE: 27/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: KAJAL BISWAS AGE-YEARS आयु-वर्ष: 53 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: NALINI BISWAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: 45/A MERTIN PARK, V I P MARG, KOLKATA 700100, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सदा आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: LABOURER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 19000 X 12 = 228000

(Attach Proof of Income)  
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. सदा खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (को चयन हो उस पर सही का निशान लगावे):

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.	KAJAL BISWAS	53	M	SELF
2.	MILANI BISWAS	24	F	DAUGHTER
3.	APRANA BISWAS	23	F	DAUGHTER
4.	MALATI BISWAS	42	F	WIFE

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया डाली संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया डाली संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया डाली संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

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 द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है जो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में पत्र में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे की सहायता नहीं ली है और नहीं लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कथन)**

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण में मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी छवियों को प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, मुझे सहायता देने के उद्देश्य से मुझे भौतिक/वैश्विक और इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी हस्ताक्षर का प्रकाशन मेरी हस्ताक्षर के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिबंध के प्रकाशित करने का अधिकार "कोशिका फाउन्डेशन" के भरोदारों के पास है।
- 3) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिबंध के प्रकाशित करने का अधिकार "कोशिका फाउन्डेशन" के भरोदारों के पास है।

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

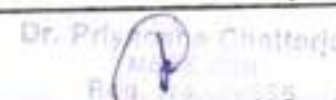

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

- 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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भरोदारों की ओर से "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रकाश से मदद नहीं ले सकते हैं।
- 1) यह कि हमें अब तक और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त करने या किसी अन्य स्रोत से उधार लेने के लिए नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज प्रदान करने का अधिकार हॉस्पिटल का है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश की गई प्रकृति का कोई भी प्रकार का प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के इलाज के लिए पूरी जिम्मेदारी होती है और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी प्रकार का प्रभाव नहीं है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 27/1/2020	 Dr. Priyanka Chatterjee (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 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
