

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0120/3697 APPLICATION DATE: 27/11/2020

NAME of APPLICANT: SUBRATA KHASNODISH AGE-YEARS: 60 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RAMESH KHASNODISH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: SUBRATA WEST SANTINAGAR, ANANDANAGAR, HAORA-71227, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सदाई अस्थायी पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: FARMER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 18000 x 2 = 21600

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सदाई खाता संख्या

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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	SUBRATA KHASNODISH	60	M	SELF
2.	RAMESH KHASNODISH	31	M	SON
3.	SARMINI KHASNODISH	25	F	DAUGHTER
4.	MARCHANA KHASNODISH	53	F	WIFE

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रती संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप अन्य वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रती संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रती संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

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

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, उक्त राशि का वापस या सहायता विरल किसी अन्य प्रोवेंडोर/रोक/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होए।

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 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सम्बन्ध में घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टियों, चर, सचकारण द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रत्येक का विवरण मेरी प्रत्येक के पत्रों या कार्ड में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है पूर्णतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् इसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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 और से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/संस्था में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अंतिम/सफल हेतु मान्यता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय पर उक्त रोगी/संस्था हेतु किसी भी सहायता लेने या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देती एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी लेने एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई घोषणा या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिये संभवुति

<p>Date of Surgery अंशान्त की तारीख 27/1/2020</p>	<p>Dr. Priyanka Chatterjee REGD. MEDICAL OFFICER Reg. No. 170555 Surgeon (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Dr. Pragnan (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 </p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 </p>
---	---