

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 11/0120/3702 APPLICATION DATE : 27/1/2020
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ARUPA MAJI AGE-YEARS 45-46 SEX लिंग F
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BHAROT CHANDRA ROY
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता
JUSARSAHA, HAURA 71302, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता

AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1700 X 12 = 20400 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. क्या है/ नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 के साथ सम्बन्ध
1.	ARUPA MAJI	45	F	SELF
2.	SHADYOT MAJI	28	M	SON
3.	SHANKAR MAJI	23	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगका कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"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 दवाविवरण सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT RE
2.	SURGERY - RE (SLIPSTICAL)

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

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक द्वारा खोलना पड़े)

- 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 and 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 बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताना चाहा जाता है तो मेरी सहायता रिजक्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पद प्राप्त है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में भी, किसी भी प्रकार से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद प्राप्त करने की योजना नहीं बना रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा करना)

- 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/post-upreproduce 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 fulfilment 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 (अर्पक) अपने पता और उद्देश्य को सही रूप में "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को सौंप देता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एनपीआर, पत्र, पत्रिका/पत्र द्वारा उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए सौंप दें। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सौंपा जा सकता है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिए सौंपा जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका" एनपीआर के भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)

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.

हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से सहायता देने वाले को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्त प्रकरण से मदद न ले सकें।

1) यह कि मैं या मेरी संस्था और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्रदान नहीं कर सकेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें अपने अभाव को किसी अन्य स्रोत से पूराने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट बताना है कि हमारा वित्तीय प्रकरण किसी भी प्रकार से "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रभावित नहीं होगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव या विधि मेरे रोगी/रोगिणी के चिकित्सक और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा वित्तीय प्रकरण किसी भी प्रकार से "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रभावित नहीं होगा।

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 या छाप	Shiba Bhatnagar Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामों के हस्ताक्षर 1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामों के हस्ताक्षर 2)