

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 11/0120/3703 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 27/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SWAPAN RAY AGE-YEARS उम्र-वर्ष : 57 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : JOGENDRA RAY



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता : VIPIN BANERJEE ROAD, BEHALKA, KOLKATA 700060, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता : AS ABOVE

OCCUPATION : LABOURER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : RS 20000 X 12 = 240000 (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर रखते हैं (जो फॉर्म हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): 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.	SWAPAN RAY	57	M	SELF
2.	AGINDAM RAY	24	M	SON
3.	SHAYANI RAY	18	F	DAUGHTER

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये विवृति 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 (SICS + IOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / 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 सहायता प्राप्त की जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र में है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रकरण नहीं कर रहा हूँ, इस सहायता का अतिरिक्त या अलग विवरण किसी अन्य प्रोवेंडर/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही यकीन में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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 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 अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक सम्बन्धी सभी विवरण एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा नामों, पता, सम्बन्धन एवं उद्देश्य से मुद्रित/प्रकाशित/वितरित/व्यापक करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पत्रों या पत्र में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोपक्ष है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी माध्यम से प्रकाशित करने से मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा इसके न्यायोपक्ष 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 करण)

- 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 अनुमोदित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से स्वयं से सहायता नहीं लेते।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग के लिये या से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विषय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/अलग हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पत्र उक्त रोगी/रोग के लिये सिफारिश के सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही नई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे या हस्पताल द्वारा ही नई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और उसे जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई दृष्टि या जिम्मेदारियाँ इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery अंगरेज की तारीख 27/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee M.B.B.S. D.M. Reg. No. 22255 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. Jagdeep Singh (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2