

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0120/3704 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 27/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: MAYA DAS AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 45 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: PURNACHANDRA ROY MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: RANGABELIA, SOUTH 24 PARGANAS 743310, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय: COOK MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 1500 X 12 = 18000/- (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / सर्वो खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (को सत्य हो उस पर घड़ी का निशान 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 सम्बन्ध
1.	MAYA DAS	45	F	SELF
2.	PURNANJIT DAS	18	M	SON
3.	DIJALIT DAS	21	F	DAUGHTER

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

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

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:**

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

**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: आवेदक द्वारा घोषणा का:**

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वास्तविक सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, वह केवल इस उद्देश्य के पूर्ण रूप से ही उपयोग की जायेगी, जो इस प्रारूप में पता कराया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में नहीं, इस उद्देश्य के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो सहायता है और न ही सहायता नहीं 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एवम् पत्रों, पत्र-पत्रिकाओं द्वारा उद्देश्य से जुड़ी परिचितियों और उपलब्धियों को लिखे किताबें जो प्रसारण करने में सक्षम अधिकृत हैं। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे उद्देश्य के पत्रों पर करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस घोषणा में "कोशिका" एवम् उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 यहाँ घोषणा की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिए से लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु उदाहरण के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी स्तर पर प्रदान नहीं करता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट करा जाता है कि सहायता वित्तीय भरण उदाहरण के लिए किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेंगे।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे वास्तविक प्रारूप में सहायता के लिए उदाहरण के लिए उदाहरण का चुनाव ऐसे ही हमारा के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा ये ऐसे के हस्तक्षेप और अपने कार्य को सही विनियमित होने एवं हमारा की होगी और "कोशिका" को कोई भी दबाव या विनियमित इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंगणत की तारीख 27/1/2020	Dr. Priyanshu Chatterjee M.B.B.S. D.M. Reg. (N.E.)-70355 Susrut Eye Foundation & Business Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shishu Prasad Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर 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
	