

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0120/3711 APPLICATION DATE: 27/11/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: NAMITA BISLI AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 57 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/ससुरा का नाम: SURYAKANTA BISLI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: DIGHAKIRPARI, PANANING, SOUTH 24 PARGANAS WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सदैव आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION / व्यवसाय: HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 1900 X 12 = 22800

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

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर छड़ी 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 संबंध
1.	NAMITA BISLI	57	F	SELF
2.	TULU BISLI	24	M	SON
3.	SURYAKANTA BISLI	62	M	HUSBAND

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

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

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

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 हाँ गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रकट होता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, इसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या प्रत्यक्ष को नहीं हूँ, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक 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/post-up/republish 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 में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अर्हकता प्रकट कर रहा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित करें, उसे "कोशिका" एनपी आरएफ, ऑनलाइन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक मीडिया के माध्यम से या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे सहमति के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे सहमति के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है। "कोशिका" एनपी आरएफ ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्हक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

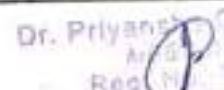



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण से सहमत हैं और स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग के लिए नहीं लेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अर्हकता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता/सहायता हेतु अनुमति नहीं दी जाती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोग हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेंगे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता/सहायता वित्तीय प्रकृत की है। रोगी या रोगी/रोग के लिए हमें उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हमें सहायता के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज/उपचार और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हमें सहायता की ओर और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारियां इस प्रकरण में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 27/1/2020	 Dr. Priyanka Chatterjee (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर या छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (अर्हक के लिये)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2
