

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0120/3715** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **28/11/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **DULALI SAREN** AGE-YEARS उम्र-वर्ष: **52** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **MANGAL SAREN**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
**RAMCHANDRAPUR, BARODHAMAN 713128,
WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
— AS ABOVE —



OCCUPATION / व्यवसाय: **HOUSE WIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **RS 1800 x 12 = 21600** (Attach Proof of income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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.	DULALI SAREN	52	F	SELF
2.	ATUL SAREN	27	M	SON
3.	MANGAL SAREN	57	M	HUSBAND

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SLEST/10L)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रकट होता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज किया जा सकता है।
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से यदि मदद मिलेगी, तो इस मदद का उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र में बताया गया है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी, इस मदद का पूरा या आंशिक रूप में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले लिया है और न ही ले लिया है।

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/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक छापने की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एवम् भरोदारों, पत्र, प्रकाशक एवं इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत करें। इस प्रकरण का उद्देश्य और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैंने इसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए करने का मत है अन्यथा "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए स्वतंत्र होंगे। इस प्रकरण में "कोशिका" एवम् भरोदारों के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :


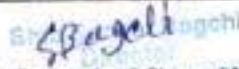
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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.
- हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रकरण से लाभ न स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों से लेने का हमें कोई अधिकार है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु उक्त रोगी/मरीजों को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार से नहीं मिलती है तो हमें स्वतंत्र रूप से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों को सहायता हेतु मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम घोषणा करते हैं कि हमें स्वतंत्र रूप से उक्त रोगी/मरीजों को सहायता हेतु मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से हमें कोई वित्तीय सहायता प्रदान की जाती है। हमें यह हमें स्वतंत्र रूप से उक्त रोगी/मरीजों का उपचार हेतु मदद प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हमें यह हमें स्वतंत्र रूप से उक्त रोगी/मरीजों को सहायता हेतु मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संशुद्धि

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 28/1/2020	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर एवं मुद्रा
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
