

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0120/3724 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 28/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: SUGAL ROY AGE-YEAR / आयु-वर्ष: 65 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहयोगी का नाम: BHOLA ROY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासस्थान पता: DAKRA DANGA, GARDHAMAN-713128, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासस्थान पता: AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय: UNEMPLOYED MAJORED / (विधवा) / UNMARRIED / (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 2000 X 12 = 24000 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / आय का प्रमाण: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हाँ / नहीं

| 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. | SUGAL ROY | 65 | M | SELF |
| 2. | RANA ROY | 27 | M | SON |
| 3. | PUJA ROY | 31 | F | DAUGHTER |
| 4. | LILA ROY | 57 | F | WIFE |

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

| | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग उपलब्ध पत्र (उपलब्ध पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्य कार्ड (उपलब्ध पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत |
|---|---|--|---------------------------------------|

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

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न |
|-----------------------|---|
| 1. | DIAGNOSIS — CATARACT — RE |
| 2. | SURGERY — RE(SIESTA TOL) |

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED / एकी गई सहायता राशि |
|-----------------------|--|---|
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में पत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो सहायता है और न ही सहायता नहीं ली है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/pull-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 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 (आवेदनक) अपनी छापने की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एनएनडी, एन, कानून/कानून द्वारा उद्देश्य से मुझे वित्तिय सहायता के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्र में या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या भरोदारों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएनडी भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



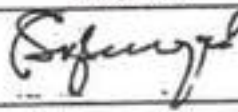
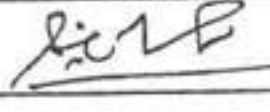
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)

- 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 और से भरोदारों/होस्टल को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार से भरोदारों/होस्टल से या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग के लिये या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/नकार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हॉस्पिटल किसी अन्य रोगी सहायता के लिये या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल वित्तिय सहायता उक्त रोगी/रोग के लिये किसी भी प्रकार से सहायता प्रदान नहीं करेगा।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा रोगी का उपचार या उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को सही विधेयता देनी एवं हॉस्पिटल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का विधेयता इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्तुति

| | | |
|---|--|---|
| Date of Surgery अभियान की तारीख 28/1/2020 |  Dr. Nalina Singh Kataria HOSPITAL Reg. No. 1143 Sus (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप |  Shiba Singh Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|---|--|---|

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

| | |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार हस्ताक्षर 2 |
|  |  |