

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 11/0120/3125 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 28/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : BIPATARAN GHOSH AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 57 SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम : MADHUSUDAN GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता : DAURADANGA, POALKURA, MAHATA, SAIKUDHA MAN, 713128, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : इतना अधिसूचित पता

AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय : FARMER 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. / आय का सबूत संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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.	BIPATARAN GHOSH	57	M	SELF
2.	APARAJITA DOLUI	28	F	DAUGHTER
3.	ANJU DEBNATH	25	F	DAUGHTER
4.	BIBHA GHOSH	52	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये कौनसे 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	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 — LE
2.	SURGERY — LE (STESTIOL)

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को 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 AWAIED / की 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सच नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं यह है, उक्त सहायता केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रकरण नहीं किया है, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग दिशा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 its 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 its 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 या अन्य सहायता या अंतर्गत की सहायता, मैं (आवेदक) अपनी छाप/चुम्ब की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें, जैसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, प्रकाशित करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह के माध्यम से। इस प्रकरण के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने से पहले या बाद में मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरे विवरण का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित करने से मेरी सहायता का अंतर्गत नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :


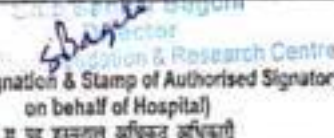
आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



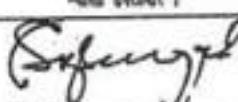
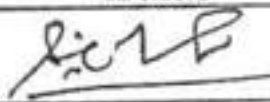
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैंने वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए नहीं ली है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अलग हेतु प्रदान नहीं किया गया है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि हमें सहायता हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं ली है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैंने सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी द्वारा ही चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमें सहायता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता के रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की सही विनियमों रोगी एवं हमें सहायता की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/11/2020	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमें सहायता अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2 
---	--