

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 15/0120/3729 APPLICATION DATE : 28/1/2020
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : AARTI ROY AGE-YEARS : 56 SEX : F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SAHINDRA CHANDRA BHOWMICK
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : SHAMOLPUR, THAKURNAGAR, NORTH 24 PARGANAS
743287, WEST BENGAL



PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 19000 X 12 = 228000 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न)

PAF No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (को यन्त्र हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): 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.	AARTI ROY	56	F	SELF
2.	PARISH ROY	31	M	SON
3.	DINESH ROY	30	M	SON
4.	GANESH ROY	25	M	SON
5.	ANKUSH ROY	6/2	M	HL/SIBLING

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि 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 विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STES + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गये 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 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन अथवा पत्राचार प्राप्त हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त होगी, जो केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्राप्त की जा सकती है, जो इस प्रकरण में पत्राचार में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं अथवा मेरा कोई भी रिश्तेदार या कोई भी अन्य व्यक्ति, इस सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो सहायता ले रहा है और न ही भविष्य में करेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अथवा आवेदक को घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित करें, या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत हैं। मेरी घोषणा का विवरण मेरी सहायता के लिए या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित करने के लिए सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्यों का निर्णय भरोदारों और आवेदकरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

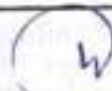



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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 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 यहां-उपरोक्त को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/अलग हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेते/लेगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेने का अधिकार सुरक्षित है। अतः हस्पताल को रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/1/2020	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर सं. २	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदारों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदारों हस्ताक्षर 2
