

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0120/3734** APPLICATION DATE: **28/1/2020**
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **SANDHYA GURTYA** AGE-YEARS: **75** SEX: **F**
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **JAGADISH GURTYA**
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **73/3 BIREN ROY ROAD, HEHALA, SOUTH 24 PARGA
 N.S., WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**



OCCUPATION: **HOME MAKER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. क्या है? **---**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
 क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो सत्य हो उस पर गूँथें का निशान 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 सम्बन्ध
1.	SANDHYA GURTYA	75	F	SELF
2.	ANUP GURTYA	54	M	SON
3.	ASHIM GURTYA	51	M	SON
4.	ASMIT GURTYA	48	M	SON

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 किसे लगे विधियों 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 (STREPTON)

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं; यदि कोई विवरण एवं/वास्तविकता सत्य/सही नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त करूँगा, जो कि केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पट किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु अब/भविष्य में नहीं, इस रकम का अंशिक या पूर्णतः निरस्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लियेगा और न ही अधिकारी से लूँगा।

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 it's 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठों का निशान देकर, मैं (आवेदक) आवेदक प्रारूप को प्रिंट कराने एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रिंट, संचारण एवं इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से लोगों को लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पट किया है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने से मेरी सहायता का अंशिक या पूर्णतः निरस्त हो सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठों का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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/अंगूठों का निशान देकर, हमारे प्राधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए प्राप्त की जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अंगूठों का निशान देकर "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि/अंशिक/पूर्णतः हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रिंट पर स्पष्ट किया जाता है कि हमें सहायता हेतु सिफारिश करने का अंशिक या पूर्णतः निरस्त हो सकता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता प्राप्त करूँगा, जो कि केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पट किया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सम्मति

Date of Surgery अंगुष्ठाण की तारीख 28/1/2020	Dr. [Signature] (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	[Signature] Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 [Signature]	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 [Signature]
---	---