

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 15/0120/3735 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 28/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: ASHALATA DAS AGE-YEARS उम्र-वर्ष: 70 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रवधु का नाम: KANAI LAL DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता
NAHAPALLY, SECT 14, MIDHANNAHAR, NORTH 24 PARGANAS 70008, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता
AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 1800X12 = 21600/- (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मंजूर हो उस पर बाकी का निशान लगावे): 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	ASHALATA DAS	70	F	SELF
2	NEEMTA MONDAL	43	F	DAUGHTER
3	RAJEE DAS	41	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	--	-------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गये विधियों 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 (SECS + 202)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED एतु गत सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 झूठा/गलत विवरण दिया गया है तो मेरी प्रार्थना प्रदान की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सही था नहीं है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने या भविष्य में इस प्रार्थना की नहीं है, इस रकम का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से लिया है और मैं इसे पक्षीय में हूँ।

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/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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" एनपी, एन, आरएफए द्वारा उद्देश्य से जुड़ने, प्रचारित करने और वितरित करने के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उद्देश्य के पक्षों या कार्यों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिये कोशिका फाउंडेशन का अधिकार नहीं है। इस संबंध में "कोशिका" एनपी, एन, आरएफए का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

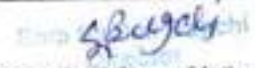
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि मैंने अभी तक और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में नहीं मांगी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रारंभित उक्त के मामले में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार/प्रकार से प्राप्त नहीं की जा सकती है तो हमें उक्त के लिये अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप में स्पष्ट किया जाता है कि हमें उक्त के लिये वित्तीय सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता से नहीं लेना होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैंने सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमें उक्त के लिये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे ही है। हमें उक्त के लिये कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता का कोई भी प्रकार का कोई भी प्रकार नहीं है। इसलिए हमें उक्त के लिये सहायता और अन्य स्रोतों की सहायता हेतु ही हमें उक्त के लिये "कोशिका" को कोई भी प्रकार का वित्तीय सहायता से नहीं लेनी है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/1/2020	Dr. Nalinakshi Karon MBBS, DNB Reg. No. 65729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
