

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षामार्ग)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 11/0120/3736 APPLICATION DATE: 28/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: DURGA DAS AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 60 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SADAB CHANDRA DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: 285 NAUGHANGA PARK, BIDDHANNAGAR, NORTH 24 PARGANAS TOWN, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: सदा आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: HOME MAKER MAILED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 2200 x 12 = 26400 (Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)

PAN No. क्या है/क्या नहीं है

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 संबंध
1.	DURGA DAS	60	F	SELF
2.	NEPAL DAS	36	M	SON
3.	NEPAL DAS	35	M	SON
4.	TARUN JANA	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / एपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / वरपोषण कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किए गए विनयी 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 (LSES + IOL)

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 / 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता शिथिल की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त है, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में या भविष्य में कभी भी, इस धरती का कौनसे भी स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से सहायता नहीं ली 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 & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं/या टी. वी., पत्र/पत्रिका/दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या करार के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व भरोदारों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" एवं/या टी. वी. के माध्यम से प्रसारित और सहायता को छोड़ना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

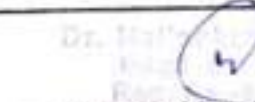
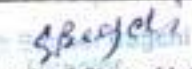


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 परमार्थों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) कौनसे भी अन्य स्रोत से सहायता नहीं लेंगे।
 - 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अर्थ में यह कहा जा सकता है कि हस्पताल वित्तीय मदद तथा उपचार/प्रक्रिया हेतु किसी भी स्रोत से सहायता नहीं लेंगे।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव उपचार/प्रक्रिया के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल को उपचार/प्रक्रिया के इंतजार नहीं करना और अपने अपने को सही विचारों से ही सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई भी दबाव नहीं देना।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 28/1/2020	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर 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 भरोदार 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर
