

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0120/3750** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **22/11/2020**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **RAMBILASH SHAW** AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: **55** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: **SUDARSHAN SHAW**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **KANKINARA, NORTH 24 PARGANAS 743126, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **LABOURER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **RS 1900 x 12 = 22800** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / पैन संख्या: **Blank** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No (जो मान्य हो उस पर टिकी का चिह्न लगाएं): **Yes / No**

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	RAMBILASH SHAW	55	M	SELF
2	SABAR SHAW	26	M	SON
3	RUPA DEVI	49	F	WIFE

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विधि कृपया

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रेषित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रेषित करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रेषित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

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

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 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच बनाने अथवा छपाने का प्रयास किया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त करूँगा। इसका उपयोग केवल मेरे प्रारूप में दिये गये उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या भुगतान की गई है, या भुगतान का अधिकतम या शेषता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही परीक्षा 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) आवेदक साधक को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, यात्रा/व्यय/द्वारा प्रकाशित करें या किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हों। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे प्रारूप के अंतर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिए सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जायेगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

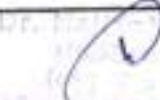
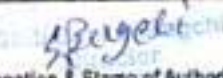


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

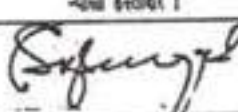
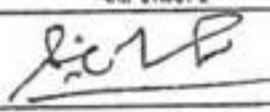
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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 हमसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) किये प्रसार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उच्च रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उच्च के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/नकार हेतु मन्तव्य नहीं किया जाये तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाये कि अस्पताल द्वितीय चरण उच्च रोगी/रोगी हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा दो चर्चा सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदार रोगी एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई पुष्टि या जिम्मेदार इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अस्ति/सर्जरी की तिथि 25/1/2020	 (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 हॉस्पिटल 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 
---	--