

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No. : K/0120/3751 APPLICATION DATE : 28/1/2020  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SHAKUNTLA DEVI AGE-YEARS उम्र-वर्ष SEX लिंग  
आवेदक का नाम 65 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NAKUL PRASAD  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता  
KANKINARA, NORTH 24 PARGANAS 743126,  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता  
— AS ABOVE —



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1800 X 12 = 21600 (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. क्या है/छाड़ें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं) 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	SHAKUNTLA DEVI	65	F	SELF
2	NAKUL PRASAD	37	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनोद आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनोद 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 (STASITOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य उद्देश्य है तो उसे सहायता मिलनी ही नहीं सकती है।
- 2) मैं इस प्रकरण में सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से ही नहीं होती है, बल्कि उपरोक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किंचित सहायता, जो इस प्रकरण में मांगी गयी है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उपरोक्त उद्देश्य के लिये, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या उसे लिए हुए 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 & 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छापों को सुविधा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, पत्र, पत्रिकाओं द्वारा उपरोक्त से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रकट करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के अंगूठे या नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उपरोक्त से प्रकट हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं देता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीय 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.

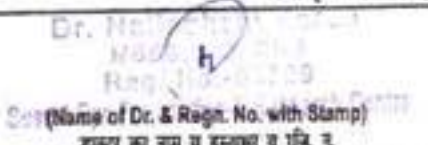
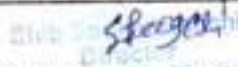
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume 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 सहायता हेतु की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।

1) यह कि हमें सहायता और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण के लिये हमें से ही नहीं मिले, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उदाहरण के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अतिरिक्त/अलग हेतु मांगी नहीं किंचित बात है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु या किसी अन्य सहायता से सहायता हेतु का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सुविधा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल सिफारिश पर उदाहरण के लिये सिफारिश की जाती है सहायता हेतु या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता हेतु।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही नहीं सहायता हेतु वित्तीय प्रकृति की है। ऐसा ही हमारा प्रकरण ही नहीं सहायता या किंचित एवं उपरोक्त/सिफारिश का चुनाव हेतु एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमारा प्रकरण ही सहायता हेतु उदाहरण के लिये सहायता हेतु सिफारिश की जाती है और "कोशिका" को कोई सुविधा या सिफारिश इस सम्बंध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए सिफारिश

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <b>28/1/2020</b>	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, र.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हमारा अधिकृत अधिकारी
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2
