

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3754 APPLICATION DATE : 28/1/2020  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : GITTA DAS AGE-YEARS आयु-वर्ष : 50 SEX लिंग : F  
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BIMAL DAS  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता  
NAGAPALLY, MIDAPATTANAPETA, NORTH 24  
PARGANAS TADIPATTA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता  
AS ABOVE



OCCUPATION : COOK MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1700 X 12 = 20400/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या है/ नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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 संबंध
1	<u>GITTA DAS</u>	<u>50</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2	<u>MAMONI DAS</u>	<u>29</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>
3	<u>BABLI DAS</u>	<u>25</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</u>
2	<u>SURGERY — RE (SUCCESSFUL)</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 AVAILED शी 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य उद्देश्य है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस प्रकरण में सहायता यदि "कॉशिका फाउन्डेशन", से ही आ रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस धर्म का अधिकार या धनगत रिश्ता किसी अन्य प्रोवैडर/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से या तो लिये है और न ही लिये जा सकेगा।

**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/post-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 का प्रत्येक इलाका या अंगरेजी की प्रत्येक प्रतिलिपि, मैं (आवेदक) अपनी छाप/अंगूठे की छाप लगाऊँगा हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित करें, उसे "कॉशिका" एवं न्यायीय, धन, सहायता/दानों इत्यादि से मुझे प्रोत्साहित करने के लिये प्रेषित करें और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाके के पत्रों या पत्र में कल्पन के बिना "कॉशिका फाउन्डेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रेषित कर सकते हैं। सहायता का इलाका नहीं बदला। इस सम्बन्ध में "कॉशिका" एवं उसके न्यायीय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

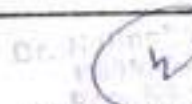
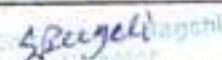


**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से उपरोक्तों को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) वित्त प्रचार से धन न इकट्ठा करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से उच्च प्रोवैडर/एम्प्लॉयर से ली जा सकेगी, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रोसेस उक्त के सम्बन्ध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय प्रचार उच्च प्रोवैडर/एम्प्लॉयर हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं संग्रहीत करेगा।
  2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ही प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसे पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमें ही एवं हस्पताल को ही करना है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में ऐसे के इलाज प्रदान और आने जाने को सही विधि/रूप में ही एवं हस्पताल की होनी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery अपरेसन की तारीख 28/1/2020	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय इलाका 2
