

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: 19/0120/3755 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 28/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: MALATI TUDU AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 70 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: BABLU HEMRAM

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: CHELATTI ADANGA BAZAR, KAMRACHANDRAPUR, BARDHAMAN 713128, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता

= AS ABOVE =



OCCUPATION / व्यवसाय: HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 2100 X 12 = 25200

(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो घन्य हो उस पर सही 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 सम्बन्ध
1.	MALATI TUDU	70	F	SELF
2.	BABLU TUDU	43	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किये गये निशानों 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 (SLCST 70L)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED / ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 and 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, और कोई भी गलत एवं झूठा बयान सत्य नहीं है उसे मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं इस प्रारूप में सहायता पत्र "कोशिका फाउंडेशन", से ही मांग रहा हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पत्र किया है।
 - 3) मैं यकीन करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रारूप नहीं भेजा है, उस प्रति का अधिक या सफल दिखाने किसी अन्य प्रोडर/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से या उसे लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक सचिव को यकीन करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, छपाने, संचारण हेतु उद्देश्य से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रसारण मेरे इच्छा के बिना या कर के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से प्रसारित अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक 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 यहाँसे/होपी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से उभर आयेगी/सहायता से ली जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उभर के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/अनुमति हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस यकीन में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय परर उभर आयेगी/सहायता हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मांग सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। छोटी या बड़ी सहायता प्रारूप में मांग या बिना मेरे सहायता/प्रक्रिया का चुनाव छोटी एवं बड़ी सहायता के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए सहायता में छोटी या बड़ी सहायता और आने जाने की सही विधि/उपेक्षा छोटी एवं बड़ी सहायता को छोड़ें और "कोशिका" को कोई भी सहायता या सहायता इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अभियोग की तारीख 28/1/2020</p>	<p>Dr. Nellooraj Manoj MBBS, DNB, DGO Reg. No. 12345/2010 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर का छाप</p>	<p><i>(Signature)</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>(Signature)</i></p>	<p><i>(Signature)</i></p>