

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K10/20/8764 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 29/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम: MAMANI KARAR AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 65 SEX / लिंग: F

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रवर्ग का नाम: SHAKIL KARAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता: NANWAN NARAIK, BELLAHARIA, MANARHATI, NORTH 24 PARAGANAS 700033, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासीय पता: AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय: HOME MAKER MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित): /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 1500X12=18000 (Attach Proof of Income) / (आप का सबूत प्रस्तुत करें)

PAN No. / सर्वोत्पादन संख्या: ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल 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 / आवेदन के साथ सम्बन्ध
1	MAMANI KARAR	65	F	SELF
2	SHAKIL KARAR	33	M	SON

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/दवाखर से जाप की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2	SURGERY — RE (SILESTROL)

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED / ही 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, और कोई विवरण एवं सचन अथवा सच्यता नहीं है जो मेरी सहायता विवरण को नकारता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त करूँगा, जो इस प्रारूप में मांगी गयी है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उपाय को नहीं हूँ, इस सहायता का अतिरिक्त या अलग स्रोत किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने की अनुमति देता हूँ कि कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए करे, जो "उद्देश्य" के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए है।
- 2) मैं (आवेदक) और सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "उद्देश्य" के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए उपयोग करने से मेरी सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं है।

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 करने वाले अधिकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगी गयी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सहायता प्राप्त करने के लिए मांगी है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्तित्व में आने वाले रोगी/रोगी के लिए सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं रोगी के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार/प्रक्रिया और सत्यता को सही विधि/प्रक्रिया से ही सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 29/1/2020	<p>स्वीकृती के लिए संसूचित</p> <p>Dr. Priyanshu Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. -70555</p> <p>(Name of DR. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Bankar Bagchi Director</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory, on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2