

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षक)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/D/20/3771 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 29/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : PARUL DEBNATH AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : 60 SEX / लिंग : F

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम : GIREN DEBNATH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता :
133 MA FREDER ROAD, KEMARHATI, BELGAHATA, NORTH 24 PARAGANAS 700056, WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता :
AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय : HOUSE WIFE 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. / सर्व खाता संख्या :
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें) : 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.	PARUL DEBNATH	60	F	SELF
2.	TAPAS DEBNATH	23	M	SON
3.	ANJANA DEBNATH	51	F	DAUGHTER
4.	GIREN DEBNATH	64	M	HUSBAND

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

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

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — (LE) (SILESTIOL)

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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रिक्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे प्रकरण को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अब तक और भविष्य में भी, इस मदद के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से मदद नहीं ले रहा हूँ 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 its 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 its 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 में मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि को प्रुप्त करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, चिकित्सा दवाओं, उपकरणों से जुड़ी प्रचार-प्रसारण और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों का उपयोग कर सकें। इस प्रकरण में मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता नहीं मिलेगी।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रयोग करने से मेरी सहायता का अधिकार नहीं बनता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस के 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रकाश से मदद या स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिये किसी अन्य स्रोत से उच्च उपचार/प्रक्रिया से लाने का हो रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के लिये मदद मांगी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता बिना स्वीकार/प्रदान हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रुप्त में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उच्च उपचार/प्रक्रिया हेतु किसी भी रोगी/रोगी के लिये मदद मांगने से नहीं संकोचता।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिलेगी, केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी का इलाज/उपचार ही ही सहायता का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इलाज/उपचार में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने को सही निर्णय लेने एवं इलाज की होगी और "कोशिका" को कोई प्रुप्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 27/1/2020</p>	<p>Dr. P. S. DNB Regn. No. 70555 Surgical Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2</p>
	