

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 210/20/3793
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 30/1/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : KRISHNA PAUL
आवेदक का नाम

AGE-YEARS उम्र-वर्ष : 55
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SANJIB PAUL
पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

3 NO AJAY HIND NAGAR, DANTHALI,
NORTH 24 PARAGANAS 700094, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSEWIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 21500 x 12 = 252000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर गंभी का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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	KRISHNA PAUL	55	F	SELF
2	SAVANTI PAUL	30	F	DAUGHTER
3	SAVANTA PAUL	26	M	SON
4	SANJIB PAUL	57	M	HUSBAND

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विपत्ति का वर्णन:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SIEST JOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस वर्णन के हेतु कोई 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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इण फोरम 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 पर बताने का हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पर है।
- 3) मैं यहाँ पर बताने का हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रकरण की पूर्ति के लिए, इस रोग का इलाज या उपचार किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इण फोरम)

- 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 (अर्शेक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, चिकित्सक द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से प्रतीक अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित करने से मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करना है। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टरों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



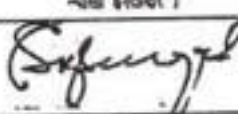
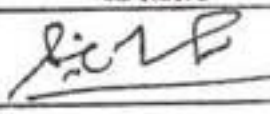
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इण फोरम)

- 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 मरना/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अस्वीकार/सफल हेतु प्राप्त नहीं किया जाय है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अस्पताल वित्तीय प्रकरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने को सही विधेयता रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई वृत्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/1/2020	Dr. Priyanshu Mishra MBBS, DNB Reg. No. - 70555 Sugruha Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Anshu Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
-------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरीक उपयोग हेतु

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