

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3800 APPLICATION DATE : 30/1/2020  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RAJIB PODDER AGE-YEARS : 50 SEX : M  
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER/S/POUSE'S NAME : TINKARI PODDER  
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : NONDANGA DWARA, SOUTH 24 PARGANAS 7 PINS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 20000 X 12 = 24000/- (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आप का सक्षम प्रमाण)

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगायें): 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	RAJIB PODDER	50	M	SELF
2	KARAN PODDER	33	M	SON
3	KAJAL PODDER	30	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाप उठि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाप उठि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पर की छाप उठि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्षम
--	--	---	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जसजस/दोस्तर से कार्टी की गई प्रदिवरेण सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RE (SICHTING)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से सिद्ध गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED 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। यदि कोई विवरण सत्य कथन अज्ञान प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं चिकित्सा, उपचार उपकरण इत्यादि सेवाएं की पूर्ति के लिये विधि अनुरोध, जो इस प्रारूप में पत्र प्राप्त है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रारूप की गई है, उस वक़्त का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 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 fulfilment 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) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उक्त "कोशिका" एनएनडी, एन, सार्वजनिक रूप से अंतर्राष्ट्रीय से जुड़ी पत्रिकाओं और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार सम्बन्ध से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी सहायता के पत्रों या कार्ड में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से भरोदारों को अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत से प्रकाशित है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एनएनडी भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



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

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 और से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से पटन व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से होने या हो सकती है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि उक्त से सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अलग हेतु मन्सुखी विधि प्राप्त है तो हस्पताल किसी अन्य भी सार्वजनिक स्रोत या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेगा/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को हलचल सुरक्षा और अनेकानेक की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अंगुण की तारीख 30/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. -70555 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Dr. Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यारी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यारी हस्ताक्षर 2
	