

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0/20/5810 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 30/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : DIPALI BAGCHI AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : 62 SEX / लिंग : F

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुण्य का नाम : KULADA BIHARI BAGCHI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता : DISHA PUR NORTH 24 PARGANAS 740155, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासीय पता : AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय : COOK MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS 14000 X 12 = 204000- (Attach Proof of Income) (आय का सबूत प्रस्तुत करें)

PAN No. / पैन संख्या : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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.	DIPALI BAGCHI	62	F	SELF

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किन्से गने किसी 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 (STICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED / ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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.
 - 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.
 - 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं यह हूँ, उक्त उपरोक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए बिना किसी, जो इस प्रकरण में पत्र प्राप्त है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं उक्त राशि को प्राप्त नहीं करूँ, इस उद्देश्य का अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये जाये और न ही अधिक न ले लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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.
 - (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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छवि और पता को "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, प्रकाशित करने के लिए उद्देश्य से मुझे प्रतिक्रियाओं और प्रतिक्रियाओं को मिलने की संभावना है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई राशि का उपयोग करने के लिए है। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त राशि का प्रयोग करने का निर्णय अंतिम और अविरोध करने योग्य है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
 आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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:

- 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.
- 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 को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी दूसरी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग के लिए नहीं ले लेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें उक्त राशि को अन्य स्रोत/बीमा कंपनी से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस दस्तावेज में स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोग के लिए प्रदान करेगा और "कोशिका" को कोई भी वित्तीय सहायता प्रदान करने में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं उक्त राशि को प्राप्त करूँगा। मेरी पर हॉस्पिटल द्वारा ही मेरा उपचार/उपचार का चुनाव होगा एवं हॉस्पिटल को रोगी का निश्चय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज शुरू करने और उसे जाने की सही विधि/उपचार ही होगा और "कोशिका" को कोई भी वित्तीय सहायता प्रदान करने में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 सिफारिश के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/1/2020	Dr. Priyansha Bagchi MBBS, DNB Reg. No. - 70555 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर य धरि	Shib Sankar Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 विश्वसनीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 विश्वसनीय हस्ताक्षर 2
	