

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/10/20/3820 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 30/11/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : SHEEALY DEB AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 50 SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : MARKON MALAKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासीय पता : LALGARH, GAVGHUDANGA, KOLKATA 70050, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासीय पता : AS ABOVE



OCCUPATION / व्यवसाय : DOMESTIC HELP MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS 2100X12 = 25200/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

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	SHEEALY DEB	50	F	SELF
2	BRUNISH DEB	23	M	SON
3	ASOKE DEB	26	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विनियमित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य

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

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

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED / ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक इप खेकन पनः)

- 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 कबल कहत हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सत्य हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कबल कहत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं यहाँ हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद पद है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल कहत हूँ कि मैं न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिले है और न ही मिलने में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक इप करत)

- 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 (अर्शेक) यहाँ पर सहमत हो चुकित हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" द्वारा, प्रकाशक द्वारा, इत्यादि से जुड़ी परिधि/विधि और उपकरणों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के परते या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रकाशित है पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा इसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल इप करत)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से अनुमोदित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अंतिम/सफल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता से किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता या विवेक से उपकरण/विधि का चुनाव लेने एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने को सही विधि/विधि लेने एवं हस्पताल की इच्छा और "कोशिका" को कोई दृष्टिकोण या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्शेक के लिए अनुमोदित

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/1/2020</p>	<p>Dr. Priyansha Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. - 70555 Gusrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप</p>	<p>Gusrut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्शेक के लिये

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2</p>
	