

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/0/20/3822 APPLICATION DATE: 31/1/2020
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: KANCHAN DAS AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 61 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रिय का नाम: KHALEN DAS



PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता
DISHIR PAD, SAIBABETA, ACHIKHATA,
SANDESHKHELI, NORTH 24 PARAGANAS 743370,
WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: RS 1600X12=19200/- (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या: Blank
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (को यन्म हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध
1	KANCHAN DAS	61	M	SELF
2	RANJAN DAS	59	M	SON
3	BISENATH DAS	73	M	SON
4	SUBANI DAS	56	F	WIFE

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

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

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किती अन्य स्रोत से लिख गये 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: (अर्शेक ह्यु फॉर्म कर)

- 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 हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कबल अथवा सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन", से ही जा रहा हूँ, इसका उपयोग मेरी इच्छा के पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रकरण नहीं कर रहा हूँ, इस इच्छा का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यु कर)

- 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/post-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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण में मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्शेक) अर्शेक ह्यु कर हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कॉशिका" फाउन्डेशन, को, सहायता हेतु उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरी इच्छा के परतों या कर में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है जुड़े सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" फाउन्डेशन के ट्रस्टी अंतिम और अस्वीकार्य होगा।

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



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल ह्यु कर)

- 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मन्वते/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग के लिए मांगी जा रही है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगी है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विरही अतिरिक्त/अलग हेतु मांगी जा रही है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ही मांगी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इच्छाएं प्रकरण में मांगी सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पिटल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पिटल में रोगी के इच्छा अनुसार और अपने जाने की सही विधियों रोगी एवं हस्पिटल की होगी और "कॉशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 31/1/2020	<p>Dr. Nainakshi Karan MBBS, DO, DNB Reg. No. 63729 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) शुभम एयु फाउन्डेशन रिसर्च सेंटर</p>	<p>Shayal Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पिटल अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

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