

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0/20/3828 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 31/1/2020

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : MAYA BISWAS AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : 56 SEX / लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : SUKHENDU BISWAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासस्थान पता : 19 NO SARAT CHATTERJEE ROAD, NEW MARKET, NORTH 24 PARAGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : उपरोक्त

AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : RS 2100 x 12 = 25200 (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): / क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 संबंध
1.	MAYA BISWAS	56	F	SELF
2.	SUKHENDU BISWAS	29	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / वितरण 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.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STIC + 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 / एतौ गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्सेक डूग फोरम फर):

- 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 बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं मदद करूँगा, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं भविष्य में इस मदद को प्राप्त करने के लिये, इस रोग का उपचार या किसी अन्य चिकित्सा/रोजगार/बीमा कम्पनी से मदद नहीं लेऊँगा और न ही अधिकारी हूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक डूग फर)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्सेक) अर्सेक सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एनपी, एन, सार्वजनिक धर्म उद्देश्य से सुदूर परिचितियों और उपलब्धियों को दिलाने के लिये प्रसारण में प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उद्देश्य को पूरा करने या मदद करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्सेक) इस मदद से सहायता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रकाशित है सुनिश्चित है सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सहायता में "कोशिका" एनपी, एनके भरोसे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्सेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

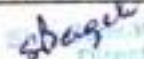


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल डूग फर)

- 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 सहायता देने को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि जो हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से उम्मीदवारों से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अंतिम/स्वीकार्य हेतु अनुमति नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उम्मीदवारों हेतु किसी भी सहायता स्वीकार्य या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उम्मीदवार हस्पताल पर ही सहायता का निर्णय लेने का अधिकार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में उम्मीदवार के इलाज सुझाव और अन्य चीजों को सही विधेयता लेने एवं हस्पताल की ओर और "कोशिका" को कोई पुष्टि या विवरण इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery अंगुली को ठीक 31/1/2020	Dr. Nalini Akshi Karan MBBB DO, DNB Reg. No. - 63729 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्सेक डूग फर)

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