

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3855 APPLICATION DATE : 10/01/2020

NAME of APPLICANT : CHEMTAMANI DAS AGE-YEARS : 78 SEX : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : TIMKARE DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : SARGACHI, DALEPARA, RAMPUR MURSHIDABAD, 742123, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - AS ABOVE -



OCCUPATION : HOUSEWIFE MARRIED (विरहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 2000 x 12 = 24000 (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

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.	CHEMTAMANI DAS	78	F	SELF
2.	TIMKARE DAS	82	M	HUSBAND
3.	BANESHWAR DAS	51	M	SON
4.	DHANI DAS	40	F	DAUGHTER
5.	MAHAR DAS	46	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपलब्ध पर (उपलब्ध पर को चयन करके चिह्नित करें)	EYES Certificate (Attach Certificate Copy) आंख आंख की प्रमाण पत्र (उपलब्ध पर को चयन करके चिह्नित करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (उपलब्ध पर को चयन करके चिह्नित करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	--

\*PURPOSE\* for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त किया गया 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: आवेदनक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं इस बात का घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र में पत्र है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में भी इस प्रकरण के लिए, इस राशि का आंशिक या पूर्णतः निरस्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही यकीन में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा पत्र)**

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, जहाँ "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, मुझे, मुद्रित, प्रकाशित, प्रसारण से मुद्रित विवरणों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निर्यात मेरे हस्तगत के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोप अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिबंधों से प्रसारित करने का अधिकार है। प्रार्थना का अंशक भी करता हूँ। इस प्रकरण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा अपने न्यायोप का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Shibankar Bagchi*

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

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 यहाँ/उपरोक्त को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करता है:

- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहा हूँ, बल्कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ कर रहा हूँ। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/प्रकारित हेतु सकारात्मक नहीं किया जाता है तो अल्पकाल में सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत का अल्पकाल सुनिश्चित करता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पकाल सिफारिश पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं सहायता लेते।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जा रही है, वह केवल वित्तीय सहायता है। रोगी का उपचार हेतु जो भी सहायता प्रदान की जा रही है, वह केवल वित्तीय सहायता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुझाव और अन्य बातों को सही विनियमों के तहत ही प्रदान की जायेगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए सिफारिश

*Shibankar Bagchi*

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>10/01/20</b></p>	<p><b>Dr. Madhusudan Mandal</b> MBBS, MS, Fellowship (Cataract) Reg. No. - 66384 (NBMC) (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर या चिह्न</p>	<p><i>Shibankar Bagchi</i> Director of Eye, Vision &amp; Research Centre (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम या पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

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

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोप हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोप हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>