

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/0120/3867	APPLICATION DATE आवेदन तिथि	10/01/2020
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	GOPAL DAS	AGE-YEARS वयु-वर्ष	80
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम	FELU DAS		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
BELT PARA, RAMPUR, GARGENDATOLA, DALEL PARA, MURSHIDABAD - 742123, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता		- AS ABOVE -	

OCCUPATION : व्यवसाय	UNEMPLOYED	MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	RS 22000x12 = 26400/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. सत्यापित संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो कान भी उदा 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 सम्बन्ध
1.	GOPAL DAS	80	M	SELF
2.	TAMALI DAS	42	F	WIFE
3.	KABJI DAS	48	M	SON
4.	SAGARI DAS	45	F	DAUGHTER
5.	CHABJI DAS	43	M	SON
6.	USTAM DAS	41	M	SON
7.	PAADMA DAS	38	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि अंतर			
EPL Card (Attach Card Copy) एपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EYES Certificate (Attach Certificate Copy) आयुष्य अल्प वर्ष प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु दिने गये निम्नो का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (EYES + SOL)

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 ही गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य वाच्य वाक्य है जो मेरी सहायता निरास हो या सफल हो।
  - 2) मैं इस बात का आश्वासन देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त होगी, तो वह केवल ही, उक्त उद्देश्य के पूर्ण के लिये विद्यमान होगी, जो इस प्रश्न में मांग किया है।
  - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु यह प्रश्नकों को नहीं है, इस प्रति का अधिकतम या उचित विवरण किसी अन्य प्रायोजक/रोजगार/बीमा कम्पनी से प्राप्त किया है और मैं इस घोषणा में हूँ।

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

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोचित" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, जो "कोशिका" द्वारा प्रेषित, प्रकाशित, प्रसारण/प्रसारण के माध्यम से वृद्धि, विनिर्देशित और प्रदर्शित करने के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निरास मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यायोचित अधिकृत है।
  - 2) मैं (आवेदनक) इस बात से आश्वासन देता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रेषित न्यायोचित का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता हेतु निम्नलिखित को प्रेषित है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि हम सहायता और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता प्रायोजक या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांग रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निम्नलिखित/प्रदर्शित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्देशित/प्रदर्शित हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य प्रायोजक/सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता हेतु प्रस्ताव उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता प्रायोजक या किसी अन्य सहायता से नहीं सहायता प्रदान करेंगे।
  2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर इस बात की पुष्टि करता है कि सहायता के लिये गये हस्ताक्षर/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर प्राप्त और अपने अपने को सही निर्णय लेने एवं हस्ताक्षर को सही और "कोशिका" को कोई पुष्टि या निम्नलिखित इस सम्बंध में नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Shib Sankar Bagchi  
Director

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
10/01/20

Dr. Madhusudan Mishra  
MBBS, MS, Fellowship (Cataract)  
Reg. No. - 81950 (WBMC)  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोचित हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोचित हस्ताक्षर 2