

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0120/3869** APPLICATION DATE : **11/01/2020**

NAME of APPLICANT : **RANIBALA NANDI** AGE-YEARS **60** SEX **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **ANANDA NANDI**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **DAHEBARD, MAHULA, MURSHIDABAD 742134, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **- AS ABOVE -**

OCCUPATION : **HOUSEWIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 2200 x 12 = 26400/-** (Attach Proof of Income)

PAN No. **XXXXXX** 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.	RANIBALA NANDI	60	F	SELF
2.	ANANDA NANDI	66	M	HUSBAND
3.	PRADIP NANDI	35	M	SON
4.	BALIKA PAL	32	F	DAUGHTER
5.	MITAL NANDI	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	अन्य कोई प्रमाण

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
	अन्य स्रोत का नाम	एवं प्राप्त सहायता धरती

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रिक्त की जा सकती है।
 2) मैं द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग सही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रयोजन नहीं किया है, अब नहीं या भविष्य में इसका किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे लिये हैं और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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 में आवेदक द्वारा मांगे की सहायता स्वीकार, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी के मुताबिक एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिये अधिकृत करें, जिससे दानों को प्राप्त करने में मदद हो सके।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उपयोग के प्रकाशित करने से सहायता का स्वीकार नहीं किया जा सकता। इस मामले में "कोशिका फाउन्डेशन" ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

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 हमारा/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से नहीं लेते हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" को सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता पूरी नहीं की जाती है, तो हमें सहायता हेतु अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि सहायता वित्तीय है और कोशिका फाउन्डेशन को इस मामले में कोई भूमिका नहीं होगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी चिकित्सा प्रणाली का चुनाव हमारे एवं हमारे डॉक्टर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सिफारिश के प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपरी चिकित्सा प्रणाली और अन्य बातों को सही विनिर्देशों के अनुसार ही उपरी चिकित्सा की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Diptesh Das
 डॉ. दीपेश दास

Shib Sankar Bagchi
 Director

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख
 11/01/2020

Reg. No. - 54685 (WBMC)
 M.B.B.S.
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर पंजीयन नं.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 न्यायी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 न्यायी हस्ताक्षर 2

[Signature]