

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0118/1708

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

08/01/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

KAJAL DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

68

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

SRINEDASH DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PURBA GURGURIA, MADHYA GURGURIA, SOUTH 24
PARAGANAS, 743349, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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	KAJAL DAS	68	F	SELF
2	RABIN DAS	30	M	SON
3	ANJALI DAT	30	F	DAUGHTER
4	POHIL DAS	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मंजूर करने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिक या समकालीन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 to 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके निदेशकों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से, वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से सहित किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस सहमति का उपयोग मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना मेरे द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा या किसी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस सहमति का उपयोग मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना मेरे द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

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

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 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.

इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से सहायता देने के लिए सिफारिश करने वाले को (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करना है:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निम्न सहायता किसी भी सहायता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जैसा कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतराल को किसी अन्य स्रोत से भरना होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस रोगी के चिकित्सक के निर्देश पर होगा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। इसलिए हस्पताल को रोगी के इलाज में कोई भी भूमिका नहीं होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाएं)		ACCEPTANCE सुस्त	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/01/18	 Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाज का स्थान	 Dr. Arindam Deb Director Arindam Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION			
		SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निरस्त		