

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0718/0642**  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **03/08/18**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **NARAN PARUI**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS **64** वर्ष  
SEX **M** लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **FAKIRCHAND PARUI**  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **तामान आवासिय पता**  
**TELIA ROAD, GHOSABER ABAD, GOBARDHANPUR,**  
**DEBANGA, NORTH 24 PARGANAS, 743428,**  
**WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **स्थायी आवासिय पता**

**AS ABOVE**



OCCUPATION : **UNEMPLOYED**  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : **NIL**  
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. **स्वयं उदात्त संलग्न**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर पला है (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाये) 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.	<b>NARAN PARUI</b>	<b>64</b>	<b>M</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>MILAN PARUI</b>	<b>57</b>	<b>F</b>	<b>WIFE</b>
3.	<b>DIPAK PARUI</b>	<b>34</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
4.	<b>BIKASH PARUI</b>	<b>31</b>	<b>M</b>	<b>SON</b>
5.	<b>SUJATA PARUI</b>	<b>29</b>	<b>F</b>	<b>DAUGHTER</b>

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

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

"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.	<b>DIAGNOSIS-CATARACT-RE</b>
2.	<b>SURGERY-RE(SICS/TOL)</b>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

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

**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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता लगा है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या उपाय की पूर्ति के लिए, उस रकम का आंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है 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 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 to 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 (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, प्रकाशित करने, प्रसारण करने, प्रदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रेषित अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं सच्चे हैं। सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और सकारात्मक होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**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 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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की और से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन आंशिक/संपूर्ण हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अगलात द्वितीय पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।  
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही गैर सहायता या किये गये उपचार/उपक्रिय का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)		ACCEPTANCE मान्य	REJECTION नमान्य
Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 03/08/18	Dr. Manoj Shanker Nag (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 (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)**

SANCTIONED सन्तुति	REJECTED नमान्य	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यारी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यारी हस्ताक्षर 2