

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0818/0976 APPLICATION DATE : 08.08.18
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RABINDRA PASWAN AGE-YEARS आयु-वर्ष 58 SEX लिंग M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MEKHAN PASWAN
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 95/4 SKI ARABINDA ROAD, HAORA CORPORATION, SALKIA, HAORA, 711006, WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : सदैव आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : LABOURER
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 16000/2019,200/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. :
समस्त खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / 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.	RABINDRA PASWAN	58	M	SELF
2.	SANDHYA PASWAN	51	F	WIFE
3.	SOJAY PASWAN	30	M	SON
4.	BIJAY PASWAN	28	M	SON

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) अल्प आय 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 किसे कौन विधि का उद्देश्य:

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

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा है:

- 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं करूँगा, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोव्हीडर/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 donation 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 (आवेदनक) आवेदनी सत्यापन की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" का अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, एवं, आवश्यकता पड़े पर देश में कुटी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के पत्रों या कार्ड में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायीयों 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 करार)

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.

इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, यहाँ हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उभर लेनी/पान करने के लिये या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित उभर के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसबल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसबल द्वितीय पर उभर लेनी/पान हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेनी/पान करेंगे।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का भुगतान रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुलभ और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृति/निस्त का निशान लगायें)

ACCEPTANCE
सम्मत

REJECTION
समस्त

Date of Surgery
अविवरण की तारीख

Dr. K. Ghosh
MBBS, DO, DNB, FRCS
Reg. No. 50971
(Name of the Hospital & Stamp)
हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Shishu Kumar Bagchi
Director
Koshika 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 आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
समस्त

[Signature]

[Signature]