

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. : K/0818/0986 APPLICATION DATE : 08-08-18
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SABITA DAS AGE-YEARS आयु-वर्ष 63 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KESHAB CHANDRA DAS
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GABUNDAPUR DHAKRA UTAR KHALAPOTA,
BASIRHAT, NORTH 24 PARAGANAS, 743428,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : HOME MAKER
व्यवसाय

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

PAN No. स्थायी 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 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.	<u>SABITA DAS</u>	<u>63</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>SAMBAKU DAS</u>	<u>60</u>	<u>F</u>	<u>SON</u>
3.	<u>MANJORI DAS</u>	<u>08</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 ले गई सहायता राशी

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग पत्र जात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता को "कॉशिका फाउन्डेशन", से ही प्राप्त करूँगा, जो कि इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है, जो कि इस प्रारूप में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस रकम का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबजा)

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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कॉशिका" द्वारा या किसी अन्य व्यक्ति, दान, वसुधादान हेतु इत्यादि में मुझे प्रचारित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के तुरन्त बाद में प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" द्वारा उक्त अधिकृतियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी आसानी से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से उक्त रकम/माले में होने या ले ले है, बस कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिष्ठा उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त करूँगे कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकतम/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जात है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से आसानी से प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त रकम/माले हेतु किसी भी आसानी से प्राप्त या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ले ले सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही गई सलाह या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

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

ACCEPTANCE
समस्त

REJECTION
समस्त

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

08/08/18

Dr. K. O. J.
MBBS, DO, DNB, FRCR
Reg. No. 50971
Koshika Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल 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
समस्त

REJECTED
समस्त

(Signature of Trustee 1)

(Signature of Trustee 2)