

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K112181 2015	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	15/12/18
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	SANTOSH DAS	AGE-YEARS आयु-वर्ष	62
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम	NARAN DAS		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता			
3 HUT 29 MUKHAN DASAN LANE SHYAMPUR, KOLKATA, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता			
- AS ABOVE -			

OCCUPATION : व्यवसाय	UNEMPLOYED	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	NIL	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. : ☒ हाई / ☐ लो			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं (जो बॉक्स को उस पर सही का चिह्न 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 संबंध
1.	SANTOSH DAS	62	M	SELF
2.	PARUSHEE DAS	51	F	WIFE
3.	ROJIB DAS	26	M	SON
4.	PARAPADA DAS	91	M	POUN

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) एनडी कार्ड को जोड़ने प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ डाली संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ डाली संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ डाली संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शंस से जोड़ी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1.	PARUSHEE - CHOLESTEROL - LE
2.	SURGERY - LE (SALICINOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त प्राप्त की?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा भर्नापन 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आग्रहपूर्वक प्रतिबद्धता व्यक्त करता हूँ कि, यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता की मांग की है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से इस राशि का पूरा या आंशिक रूप से वापस नहीं लेऊँगा, न ही भविष्य में ऐसा करने की कोशिश करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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/print-upreproduce 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 पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ पर सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करने के लिए अधिकृत है, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किये जायेंगे, जो इस प्रकरण के लिए मांगी गई सहायता को प्राप्त करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। इस प्रकरण के लिए मांगी गई सहायता को प्राप्त करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

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

- 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.

हम यहाँ पर, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा, इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए सहमत हैं, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि हम वर्तमान और भविष्य में किसी भी रोगी के लिए वित्तीय सहायता नहीं मांगेंगे, जिसके लिए हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मांग रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें सहायता नहीं देता, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाण के द्वारा हम यह स्वीकार करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मांग रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और उपचार के लिए हमारे अस्पताल का चुनाव रोगी एवं हमारे अस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" हमारे अस्पताल के निर्णय को प्रभावित नहीं करेगा। इसलिए हमारे अस्पताल में रोगी का इलाज सुरक्षित और सही रहेगा और हमारे अस्पताल को रोगी और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच सुरक्षा का निर्माण इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 15/12/18	 Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCS Reg. No. - 50971 (Name of Dr. & Hospital Name with Stamp) Centre अस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व छाप दें	 Shri Sankar Bagchi Director (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 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	