

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Health of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		<u>V1128/2017</u>		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि		<u>15/12/18</u>	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम				AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX लिंग	
<u>SABTRI DEVI</u>				<u>50</u>		<u>F.</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम				<u>RANJIT SHAW</u>			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता							
<u>HADA KASBI BUSTER ROAD LANE, BOLKATA,</u>							
<u>DIST. MEDINIPUR</u>							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता							
<u>- Nil -</u>							
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विधिव) / UNMARRIED (अविधिव)			
<u>Cook</u>				☒ MARRIED			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
<u>₹ 1200 x 12 = 14400/-</u>							
PAN No. क्या है या नहीं							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं (जो खाने को 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 से संबंध			
1.	SABTRI DEVI	50	F	SELF			
2.	RANJIT SHAW	61	M	HUSBAND			
3.	LUTHER SHAW	22	M	SON			
4.	SUMITA DEVI	25	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किनारे आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:							
Medical Reports/Prescriptions Attached जनरल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न							
1. DIAGNOSIS- CATARACT- RE.							
2. SURGERY- RE (Cataract)							
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 सी 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/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरा की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ही का रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता पड़ा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, इस बात का अधिकार या अधिकार किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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/print/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 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदन पत्र की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दूर, दूरदर्शन, दूर, दूरदर्शन से मुझे चिकित्सीय और उपचारिक के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इरादों के पक्षों या पक्षों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से प्रकाशित नहीं है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी और दूरदर्शन को प्रकाशित करने का अधिकार केवल कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों के पास है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से नाम व स्थिति बताते हैं।

1) यह कि मैं अभी वर्तमान और भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी प्रकार से हस्पताल या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, केवल कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश इस से सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अधिकार/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तिय सहायता इस रोगी/रोगी के लिये किसी भी प्रकार से सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान और अपने नाम को सही विवरणों को रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई दूरदर्शन या वित्तिय सहायता इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, DD, DNB, FRCS Reg. No. - 50871 (Name of Doctor & Reg. No. with Stamp) हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2	
		