

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. : K/128/2060

APPLICATION DATE : 12/12/18

NAME of APPLICANT : SUBALA DAS

AGE-YEARS 75

SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

AMULYA DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
SRI R.N.S. SCHOOL ROAD, DUMDUM CANTT.,
KALINDRANAGAR, KOLKATA, 700055,
WEST BENGALPERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
— DIS ABOVE —

OCCUPATION :

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

NIL

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. यदि आप इसे

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर का भुक्त है (को यहाँ से उहाँ पर सही का चिह्न लगाएँ)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 आप संबंध
1.	SUBALA DAS	75	F	SELF
2.	RINABANDHU DAS	53	M	SON
3.	MAHATA DAS	50	F	DAUGHTER
4.	ANITA DAS	48	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी कार्ड को संलग्न करें (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु करने वाले निम्न का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED तो यह सहायता कितनी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पण करने वाले)

- 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 बताना हूँ कि इस प्रमाण में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं इसे स्वयं स्वीकार करूँगा/करूँगी।
- 2) मैं यहाँ बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण में बताना है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं इस प्रमाण हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम ले रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण करने वाले)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 its 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 प्रमाण पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (अर्पण करने वाले) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारण करने के लिए या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करे। इस प्रमाण पर मेरे विवरण का उपयोग मेरे उपचार के बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के भरोदारों द्वारा किया जा सकता है।

2) मैं (अर्पण करने वाले) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रमाण पर मेरे विवरण का उपयोग मेरे उपचार के बाद से करने के लिए "कोशिका" के भरोदारों द्वारा किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्पण करने वाले का हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे स्वीकार, हमारे पास की और से भविष्य में कोई भी "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विनियमित की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) इस प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिए नहीं कर सकते हैं जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से मदद मिलने के लिए या अन्य स्रोतों से मदद मिलने के लिए। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से मदद नहीं मिलती है, तो हमें अपने आप से मदद करने के लिए अधिकृत है। इस प्रमाण पर मेरे विवरण का उपयोग मेरे उपचार के बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के भरोदारों द्वारा किया जा सकता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा रोगी के उपचार के लिए चले गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या हॉस्पिटल के बीच का फैसला है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का प्रभाव नहीं पड़ेगा। इसलिए हॉस्पिटल के रोगी के उपचार के लिए और रोगी के सुरक्षा के लिए हमें पूरी जिम्मेदारी लेनी होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं मिलेगी। इस प्रमाण पर मेरे विवरण का उपयोग मेरे उपचार के बाद से करने के लिए "कोशिका" के भरोदारों द्वारा किया जा सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार करने वाले के लिए प्रमाणित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/11/18	DR. ANIL AGRAWAL MD, MR, FRCR, FRCR, FRCR Reg. No. 12345 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व इलाका व तारीख	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के नाम व पता इलाका अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>