

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.: K/12/18/2078 APPLICATION DATE: 18/12/18  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SAMPA SAHA AGE-YEARS 43 SEX F  
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: PRADIP SAHA  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: NEAR SAHAJ SADAN, DAKSHINPOLEY, RAHARA, Khardah, NORTH 24 PARGANAS, 700118, WEST BENGAL  
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE  
स्थायित्व निवास पता

OCCUPATION: HOUSE WIFE  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (आवेदक का PAN संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय करदाता हैं (जो नाम हो उस पर टिकी का चिह्न लगाएं)

Yes / No  
हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से क्या संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| 1.                     | SAMPA SAHA                                        | 43                         | F              | SELF                                           |
| 2.                     | PRADIP SAHA                                       | 62                         | M              | HUSBAND                                        |
| 3.                     | PRADIPTA SAHA                                     | 19                         | F              | DAUGHTER                                       |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

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

|                                                                                                        |                                                                                                               |                                                                                      |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>यदि कोई है तो उसे संलग्न करें<br>(प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की साथ ही संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये निम्न का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी को रप्ट संलग्न करने |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                      |
| 2.                     | SURGERY - RE (SICS+IOL)                                                                        |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कितनी राशि सहायता मिली है |
|------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                                 |
|                        |                                           |                                                                 |
|                        |                                           |                                                                 |
|                        |                                           |                                                                 |
|                        |                                           |                                                                 |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा नीचे पढ़ें)**

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में मिले जाने वाले वित्तियन सहायता केवल मेरे चिकित्सा उपचार के लिए ही है। यदि कोई वित्तियन सहायता अन्य किसी अन्य स्रोत से भी प्राप्त होती है तो मेरी प्रार्थना निरस्त हो जा सकती है।
- 5) मैं इस बात का आश्वासन देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल मेरे चिकित्सा उपचार के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से भुगतान नहीं कर रहा हूँ, इस सहायता का उपयोग केवल मेरे चिकित्सा उपचार के लिए ही किया जाएगा और मैं इसे किसी अन्य स्रोत से भी नहीं प्राप्त कर रहा हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा पढ़ें)**

- 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/post-up/produce 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.
- 3) इस प्रकरण में मेरी प्रार्थना का अंश जो भी मांग रहा हूँ, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे चिकित्सा उपचार के विवरण, जो "कोशिका" फाउंडेशन, द्वारा, कल्पित/वास्तविक रूप से मेरी चिकित्सा उपचार के लिए वित्तियन सहायता के लिए प्रार्थना करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात का आश्वासन देता हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं मांग रहा हूँ।
- 4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और चिकित्सा उपचार के विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी के द्वारा प्रसारित किया जा सकता है। इस प्रकरण में "कोशिका" फाउंडेशन, अपने ट्रस्टी के द्वारा मेरी स्वीकृति और सहमति लेगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान

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

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this candidate 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ नीचे के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तियन सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तियन सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त करेंगे, जो हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग किया गया है, जब तक कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तियन सहायता हमारे द्वारा मांगी गई सहायता के लिए प्रदान की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगी गई सहायता हमारे द्वारा मांगी गई सहायता के लिए प्रदान की जाती है, तो हमारे द्वारा मांगी गई सहायता के लिए प्रदान की जाती है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तियन सहायता है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव केवल हमारे द्वारा किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तियन सहायता का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारे द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए हमारे द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए प्रदान की जाती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संसुति

|                                    |                                                                        |                                                                                                                   |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>अपेक्षा की तिथि | (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व इलाका, व पद, व | (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>हमारे द्वारा प्रमाणित अधिकृत अधिकारी |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)**

|                                          |                                          |
|------------------------------------------|------------------------------------------|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>प्राप्तकर्ता 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>प्राप्तकर्ता 2 |
|------------------------------------------|------------------------------------------|