

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक : K/1218/2088				APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 19/12/18			
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : KALI DASI SARKAR				AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 58		SEX / लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/ससुरा का नाम : ANANTA SARKAR							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : 17, AMTALI, SOUTH 24 PARGANAS, 743378, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता : AS ABOVE							
OCCUPATION / व्यवसाय : HOUSE WIFE							
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : NIL				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED			
PAN No. / पैन संख्या : [Blank]				(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान 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.	KALI DASI SARKAR	58	F	SELF			
2.	DEBEL SARKAR	36	M	SON			
3.	SASTI MONDAL	37	F	DAUGHTER			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे आने पर (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)		Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)		Any Other Basic/Proof / अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसी एक निम्नी का उद्देश्य:							
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची प्रस्तुत						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-LE						
2.	SURGERY - LE (MICS+IOL)						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?							
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे सही प्रमाण प्रस्तुत करके सही कर दिया जायेगा।

2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी भी और किसी भी स्रोत से इस मदद के लिए कोई भी भुगतान नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

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-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 प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा छापकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'न्यासी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में दिये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से दूसरी जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत करता हूँ।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के अधिकारों के अधीन है मुझे प्राप्त: फाउंडेशन का इस्तेमाल नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी अंतिम और स्वीकार्य होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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.

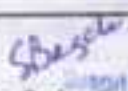
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume 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, हमारा यहाँ घोषणा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोग के लिए नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना से सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार/प्रकार हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा विचार अन्य स्रोत से सहायता के बिना अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करता है कि हमारा दृष्टिकोण यह सहायता हेतु किसी भी प्रकार से सहायता के बिना अन्य सहायता से नहीं ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी सिर्फ वित्तीय होगी है। रोगी का इलाज इस दृष्टि से स्पष्ट करता है कि हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा डॉक्टर का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा डॉक्टर रोगी के उपचार सुझाव और अपने अपने को सही सिफारिश रोगी एवं हमारा डॉक्टर और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 19/12/18	 Dr. Dhananjay Giri (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाज का डॉ. नं.	 Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाज अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाज 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाज 2
