

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(सहाय्य रैखपाल)



APPLICATION No. : K/12/18/2157 APPLICATION DATE : 01/12/18  
आवेदन क्रमांक : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : LATA DAS AGE-YEARS 88 SEX F  
आवेदन करी नाम उमर-वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME : HRIDAY DAS  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : UTTAR MAULI DAS PARA MINAKHAN  
NORTH 22, PURGUNA 743991,  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. XXXX XXXX

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No  
क्या आप आय कर दाता हैं (को चयन करें जो सही का विवरण लागू है) हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS** परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन करी से संबंध
1.	<u>LATA DAS</u>	<u>88</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>HRIDAY DAS</u>	<u>43</u>	<u>M</u>	<u>HUSBAND</u>
3.	<u>ADARSH DAS</u>	<u>46</u>	<u>F</u>	<u>DAUGHTER</u>

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
सहाय्य के लिये निम्न आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सबसे कम आय वाले परिवार का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) सबसे कम आय वाले परिवार का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) अनुदान कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहाय्य हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रतिलिपि संलग्न
1.	<u>DIAGNOSIS-CATARACT - RE</u>
2.	<u>SURGERY - RE (SIGS + IOL)</u>

**ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहाय्य किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पाएगी?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कोई प्रमाण प्रस्तुत करें

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्थीक द्वारा योग्यता)**

- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं/वास्तविकता से भिन्न जानकारी प्रदान की गई है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने सहायता माँगी है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में अपने खर्च को पूरा करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से कोई भी सहायता प्राप्त करने की योजना नहीं बनाई है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक द्वारा सहमति)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/produce/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 आवेदन पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठी का दबाव करके, मैं (अर्थीक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को सहायता माँगने के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस आवेदन में घोषित करूँगा, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगी गई सहायता के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस उद्देश्य के लिए सहायता माँगने के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस आवेदन में घोषित करके, मैं (अर्थीक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता माँगने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता माँगी है।
- 2) मैं (अर्थीक) इस आवेदन पर घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस आवेदन में घोषित करके, मैं (अर्थीक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता माँगने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता माँगी है।

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

अर्थीक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

- 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.
- इस प्रकार यहाँ, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने के लिए, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से घोषणा और स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की योजना बना रहे हैं, क्योंकि हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता माँग रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा माँगी गई सहायता पूरी या आंशिक रूप से नहीं मिलती है, तो हमें सहायता माँगने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। यह घोषणा यह सुनिश्चित करती है कि कोशिका फाउंडेशन को सहायता माँगने के लिए कोई भी सहायता माँगने की आवश्यकता नहीं है।
  - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस प्रकार से किया जाएगा कि रोगी को सर्वश्रेष्ठ चिकित्सा उपचार प्राप्त हो सके। कोशिका फाउंडेशन द्वारा माँगी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी के इलाज के लिए पूर्ण और अलग-अलग ज़िम्मेदारियों को सौंपना होगा और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अर्थीक की तारीख 01/12/18	Dr. K. Ghosh MBBS, DNB, FRCS Reg. No. - 50971 (Name of Dr. K. Ghosh, No. and Address of Hospital) डॉ. क. ग. घोष, नं. और पता	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) डॉ. शिब संकर बागची
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थीक द्वारा उपयोग के लिए)**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर
	