

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या :

K/128/2/62

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि

21/11/18

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

AMADI DAS

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

59

SEX लिंग

F

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

SUSEN DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

FATHER SARBEDIA, BAKHATI, SANDESHKHALI,  
NORTH 24 PARGANAS, 743329  
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION :  
व्यवसाय

CRONK

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

Rs 1000 X 12 = 12000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. पत्रांक संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No  
हां / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या सम्बन्ध
1.	AMANI DAS	59	F	SELF
2.	UTTAM DAS	90	M	SON
3.	SWAPAN DAS	35	M	SON
4.	MINATI DAS	31	F	DAUGHTER IN LAW

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये दिव्यी आधार

<p><b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)</p>	<p><b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)</p>	<p><b>Ration Card</b> (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)</p>	<p><b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई प्रमाण</p>
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु दिव्यी लक्ष्य का उद्देश्य:

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED उसी लक्ष्य के लिये प्राप्त राशि

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक द्वा गेपे वर)**

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही सचवादी हैं। यदि कोई झूठा बयान देता हूँ तो मेरी आवेदन पत्र एवं सहायता को खारिज करने का अधिकार होगा।
- 2) मैं यहाँ बताना हूँ कि यदि मुझे "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल करूँगा, जो इस फॉर्म में बताना है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से सहायता के लिए या उसी उद्देश्य के लिए नहीं आवेदन करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वा वर)**

- 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/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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान देकर, मैं (अर्थक) यहाँ बताना हूँ कि मैं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में बताना है, उसे "कॉशिका" फण्डेशन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह के माध्यम से धन संग्रहीत करने और/या कॉशिका फाउंडेशन के गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए इस्तेमाल करे। इस प्रकार मेरे उद्देश्य के लिए सहायता के लिए या उसी उद्देश्य के लिए मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से सहायता के लिए आवेदन नहीं करूँगा।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण को बिना किसी भी शर्त के इस्तेमाल के लिए इस्तेमाल किया जा सकता है। कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों का निर्णय इस मामले में अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



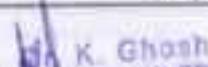
**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वा वर)**

- 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 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 title or responsibility in the matter.

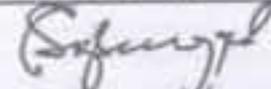
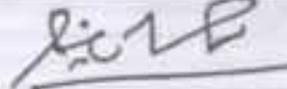
- इस प्रकार यहाँ, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा इस मामले/रोगी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिफारिश करने के लिए स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता के लिए आवेदन करेंगे, क्योंकि हमें कॉशिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी, जिसके लिए हमें कॉशिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी। यदि कॉशिका फाउंडेशन से सहायता पूरी तरह से नहीं मिलती है, तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोत से सहायता मिलने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस पुष्टि के साथ हम यह भी स्वीकार करते हैं कि कॉशिका फाउंडेशन को सहायता के लिए आवेदन करने के लिए हमें सहायता मिलने से कोई भी नुकसान नहीं होगा।
  - 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर नहीं करता कि कॉशिका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी या नहीं। रोगी का उपचार रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, और इससे कोई भी नुकसान नहीं होगा। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी का उपचार सुरक्षित और सही करने का पूरी जिम्मेदारी है और कॉशिका फाउंडेशन को कोई भी जिम्मेदारी नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संसुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>21/12/18</p>	<p> K. Ghosh MCh, D.O, DNB, FRCS (Name of Dr &amp; Regt. No. with Stamp) सहायता के लिए संसुति के लिए डॉ. क. घोष</p>	<p> Shub Bankar Bagchi Director (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के लिए अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (अर्थक द्वा गेपे वर)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: TRUSTEE 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: TRUSTEE 2</p>
<p></p>	<p></p>