

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

(Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0119/2186  
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 01/01/19  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RAJKUMARI SINGH  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 74  
 SEX : F

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



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 381, RAJINDRA SARANI, HATKHOLA, KOLKATA - 700045, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

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

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो नाम हो उस पर सही का चिह्न 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 के साथ सम्बन्ध
1.	RAJKUMARI SINGH	74	F	SELF
2.	KALA SINGH	86	M	HUSBAND
3.	DILIP SINGH	51	M	SON
4.	PRADIP SINGH	48	M	SON
5.	BIRJU SINGH	45	M	SON

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
 सहायता के लिये विधि अपना

BPL Card (Attach Card Copy) एपीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएसएस कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
 सहायता हेतु किने गये विधियों का उद्देश्य:

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्सेक द्वारा घोषणा पत्र)**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण अभाव प्रत्यक्ष प्राप्त है तो वेही जानकारी सही भी हो सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं आगे आगे कुछ भी नहीं हूँ, उस राशि का अंशिक या पूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगारदाता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक द्वारा स्वीकार)**

- 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/republish 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 fulfilment 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्सेक) अपनी स्वीकृति को घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित करें, प्रकाशित करें, प्रसारण करें, प्रसारण के लिये विज्ञापित करें और प्रकाशित करने के लिये किसी भी अन्य माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मैं इस प्रकार का विवरण सही प्रमाण के बिना या फिर मैं अपने नाम "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्सेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउन्डेशन को प्रदान करने के लिये है। फाउन्डेशन का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा जारी अधिकृत के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

अर्सेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

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 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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आदेशित हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रस्ताव से मान्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उन्ही उद्देश्य के लिये मांगी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उन्ही उद्देश्य के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल प्रदान करने उन्ही उद्देश्य हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/सोपनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रदान की गई सहायता का निर्णय करने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्तगत के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी को प्रदान सुझा और नहीं करने की उन्ही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्तगत को होगी और "कोशिका" को कोई जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 01/01/19</p>	<p><i>Arindam Deb</i> MBBS, D.O., FRCS (Name of Dr. &amp; Regt. No. with Stamp) सहायता संगठन के हस्ताक्षर के साथ डॉ. आरिंदम डेब</p>	<p><i>Shib Sankar Bagchi</i> Director (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) मम म म हस्तगत अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (अर्सेक द्वारा स्वीकार)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ति हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ति हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>