

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/0119/2195** APPLICATION DATE : **01/01/19**
आवेदन क्रमांक : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **SUBRATA BISWAS** AGE-YEARS **49** SEX **M**
आवेदनकर्ता का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **ANIL BISWAS**
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **SHANPURIK HATE BARRA JHARKHAND KHAN
PADA JANKAD WARDNO 2, BISHWA
NORTH 24 PARAGANAS PURSUA WEST BENGAL.**
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **- AS ABOVE -**

OCCUPATION : **LABOURER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **₹ 2000 x 12 = 24000** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. **वर्षा खाता संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
क्या आप आय कर चुकते हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) 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 आवेदनकर्ता के साथ सम्बन्ध |
| 1. | SUBRATA BISWAS | 49 | M | SELF |
| 2. | JAYIKA BISWAS | 55 | F | WIFE |
| 3. | ARPAN BISWAS | 15 | M | SON |
| 4. | ARJUN BISWAS | 12 | M | SON |

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

| | | | |
|---|---|--|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|--|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये निशानों 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 (GLS + IOL) |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 तो गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: (अर्सेक द्वारा घोषणा करे):

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास भी हो सकती है।
- 2) मैं इस बात को घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगी, जो इस प्रकरण में वर्णित है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं इस प्रार्थना के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद/पैसे/व्याज/सहायता नहीं ले रही हूँ और न ही भविष्य में लूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक द्वारा करार)

- 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/put-up/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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्सेक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टीयों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिए प्रयोग करें, जो इस प्रकरण में वर्णित है। इस प्रकरण में मेरी छवि का प्रयोग करने से पहले या बाद में कोशिका फाउन्डेशन को मेरी छवि का प्रयोग करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्सेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने के लिए कोशिका फाउन्डेशन को अधिकृत करने से मेरी प्रार्थना को स्वतः ही पूर्ण करने का अधिकार नहीं होगा। इस प्रकरण में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उद्देश्य-निष्ठता का निर्णय त्रस्टीयों और कोशिका फाउन्डेशन द्वारा ही किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्सेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



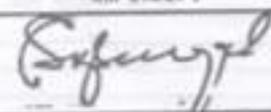
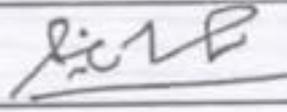
AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निरास करने के लिए नहीं मानते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना की जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रार्थना की है। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद/पैसे/व्याज/सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रकरण में मदद के लिए कोशिका फाउन्डेशन द्वारा उद्देश्य-निष्ठता हेतु प्रार्थना की जा रही है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगी। हमारे पास इस प्रकरण में मदद के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद/पैसे/व्याज/सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस प्रकरण में मदद के लिए कोशिका फाउन्डेशन द्वारा उद्देश्य-निष्ठता हेतु प्रार्थना की जा रही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

| | | |
|--|--|---|
| <p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>01/01/19</p> | <p>Dr. Arindam Deb M.D., D.C., FRCS Reg. No. 58096 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर के साथ</p> | <p>Shib Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पास प्रस्तावित अधिकृत अधिकारी</p> |
|--|--|---|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|---|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 हस्ताक्षर 2</p> |
|  |  |