

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0119/2270 APPLICATION DATE: 01/01/19.
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: KATYAYANI SADHU AGE-YEARS मातृ-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम 84 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DILIP SADHU
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान निवास स्थान
SANTUKUR TO BARE JERABHUP AND KIRATI MAHA
TAKT 18 BASILHAT NORTH 24 PARAGANAS
743414 WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास स्थान
AS ABOVE.

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

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

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (को मानें जो उस पर सही का निशान लगाएँ): 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.	KATYAYANI SADHU	84	F	SELF
2.	DILIP SADHU	34	M	HUSBAND.
3.	CHANDAN SADHU	41	M	SON
4.	CHANDAN SADHU	38	M	SON
5.	CHANDAN SADHU	34	F	DAUGHTER.

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

BPL Card (Attach Card Copy) पटवरी रखा के दोबरे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
---	---	---	---

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

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

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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना जाय याता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस घोषणा करी "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त करूँगा, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण में लिखे बिना उपयोग, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, इस रकम का अधिकतम या कम से कम किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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/print-up/produce 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 अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए अन्य स्रोतों से जानकारी ले सकें और जानकारी को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत करें। मेरी प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रकाशित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित किया जायेगा: सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित जानकारी का प्रसारण और सहायता जारी रखना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

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 अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से लाभ न उठा सकें।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा लेनी चाहते हैं, यदि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जायेगा। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हम सहायता प्रदान करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता प्रदान करने पर हमारा कोई भी भूमिका नहीं रहेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें यह स्पष्टता है कि हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे ही अधिकार में है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता हमारे ही अधिकार में है। हमारे द्वारा प्रदान की गई सहायता को हमारे ही अधिकार में है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए भेजना

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04.01.2019	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर Dr. Shishir Mondal MBBS, MS 71388 Cancer Research Centre	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी Shib Sankar Bagchi Director Cancer Research Centre
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 हमारे हस्ताक्षर 1 S. S. S.	SIGNATURE of TRUSTEE 2 हमारे हस्ताक्षर 2 S. S. S.
---	---