

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)																																																								
APPLICATION No.: K/0119/2562			APPLICATION DATE: 16-01-2019			 Building block of life.																																																							
NAME of APPLICANT: KARUNAMOYEE RAKSHIT			AGE-YEARS: 69		SEX: F																																																								
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: DINESH RAKSHIT																																																													
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 13/113, 1 NO AZAD HIND NAGAR, PANTHASTI, AGRAHARA, NORTH 24 PARGANAS, 700109, WEST BENGAL																																																													
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE																																																													
OCCUPATION: HOME MAKER			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)																																																										
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL			(Attach Proof of Income)																																																										
PAN No. [Blank]																																																													
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):			Yes / No																																																										
<p style="text-align: center;">FAMILY DETAILS परिवार विवरण</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. क्रम संख्या</th> <th>Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम</th> <th>Age (Years) उम्र (वर्ष)</th> <th>Gender लिंग</th> <th>Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>KARUNAMOYEE RAKSHIT</td> <td>69</td> <td>F</td> <td>SELF</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>DIPAK RAKSHIT</td> <td>46</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>DILIP RAKSHIT</td> <td>48</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>DIPA ROY</td> <td>39</td> <td>F</td> <td>DAUGHTER</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>PAMPA DAS</td> <td>36</td> <td>F</td> <td>DAUGHTER</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>							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.	KARUNAMOYEE RAKSHIT	69	F	SELF	2.	DIPAK RAKSHIT	46	M	SON	3.	DILIP RAKSHIT	48	M	SON	4.	DIPA ROY	39	F	DAUGHTER	5.	PAMPA DAS	36	F	DAUGHTER																									
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.	KARUNAMOYEE RAKSHIT	69	F	SELF																																																									
2.	DIPAK RAKSHIT	46	M	SON																																																									
3.	DILIP RAKSHIT	48	M	SON																																																									
4.	DIPA ROY	39	F	DAUGHTER																																																									
5.	PAMPA DAS	36	F	DAUGHTER																																																									
<p style="text-align: center;">BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)</p> <p style="text-align: center;">सहायता के लिये विनति आधार</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)</th> <th>EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)</th> <th>Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)</th> <th>Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>							BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण																																																			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण																																																										
<p style="text-align: center;">"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</p> <p style="text-align: center;">सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. क्रम संख्या</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>DIAGNOSIS - CATARACT-RE</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>SURGERY-RE (SECS-TOL)</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>							Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	1.	DIAGNOSIS - CATARACT-RE	2.	SURGERY-RE (SECS-TOL)																																																	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न																																																												
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-RE																																																												
2.	SURGERY-RE (SECS-TOL)																																																												
<p style="text-align: center;">ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</p> <p style="text-align: center;">इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. क्रम संख्या</th> <th>NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता राशि</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>							Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता राशि																																																				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED शी गई सहायता राशि																																																											

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस ओर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पत्र/लेख है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पर किसी का अधिकार या सहायता किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'न्यासीय' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" दण्ड, न्यासीय, दान, सार्वजनिक रूप से उद्घरण से जुड़ी एक्टिविटीयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इलाज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे भला: सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस घोषणा के "कोशिका" दण्ड उसके न्यासीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 पासपोर्ट साइज की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संभव या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ली जाये, बस कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्मति में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरति अधिकार/सहायता हेतु चयन नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संभव या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय पत्र उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और मान्य जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होती हैं और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16.01.2019	Dr. Hari Shankar Nag MBBS, MS, (OPHTH) (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) मुख्य चिकित्सक का नाम और पंजीकरण संख्या के साथ छाप	(Signature) Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2