

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No. : **K11119/1973** APPLICATION DATE : **5/11/2019**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **PARUL MALO** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **69** SEX लिंग : **F**
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **SURENDRA MALO**
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
**TRINATH PALLY, NORTH 24 PARGANAS
700105, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
AS ABOVE



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

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 2300 X 12 = 27600/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है? हाँ नहीं
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें) 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	PARUL MALO	69	F	SELF
2	RAJU MALO	41	M	SON
3	GHARAT DAS	36	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy) गरीब रेशा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु, किसे करने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन पत्र की प्रतिलिपि
1	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2	SURGERY — RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं दृढ़ता से सहायता पत्र "कोशिका फाउंडेशन", से ही आ रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पाया गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में भी इस प्रकरण को मैं ही, इस पत्र का अधिक या उचित दिनांक किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी 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 जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उन्हें "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, साप्ताहिक दूरदर्शन पर मुझी पहचानिषियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रेषित है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता इस सम्बंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य 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.

हस्ताक्षर अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से न्यायीयों के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकरण से लाभ न स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संचयन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगियों में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के लाभ में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि स्वीकार/सफल हेतु कानून नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संचयन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी और सहायता संचयन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना होगा।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्तान्तरण और गले जाने की सभी विनियमों रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी प्रतिक्रिया या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/11/2019	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) सुभाषचंद्र कृष्ण शंकर राव इन्द्रवर्धन चंदिन चर्चि Centre	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Sukrut Bhatnagar on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इच्छाकर्ता 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इच्छाकर्ता 2
	