

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K11119/1985** APPLICATION DATE: **5/11/2019**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **SARATHI PAL** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **50** SEX लिंग : **F**
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **MADHUSUDAN PAL**
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
GANDHI NAGAR, PANI HALL, NORTH 24 PAR, CHINAS POLLOY, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
AS ABOVE



OCCUPATION : **HOUSEMAKER** MAJURED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 19000x12 = 22800/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सत्यापित संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी 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 आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SARATHI PAL	50	F	SELF
2.	SUKUMAR PAL	23	M	SON

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जाच प्रवि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (आय पर की जाच प्रवि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाच प्रवि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रुती संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — REFSICS + 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: आवेदक द्वारा घोषणा करना:

- 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 यहाँ 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 प्रस्तावना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे पत्र में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पत्र में है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो मदद ले रहा हूँ 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 its Trustees to use/publish/post-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 its 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) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रकरण में मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का अधिकृत है। इस प्रकरण में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित या प्रेषित होने वाले किसी भी प्रकार की मदद का प्रस्ताव मेरी मदद के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पत्र में है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक की 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आवेदनकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो हम वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का प्रयास कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रस्तावित वित्तीय सहायता पूर्णतः न मिले, तो हम अपने शेष खर्च को किसी अन्य स्रोत से पूरा करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस घोषणा का अर्थ यह है कि "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तीय सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तीय सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखना है।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे पत्र में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पत्र में है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/11/2019	Dr. Anshya Das MBBS, MRD Reg. No. - 09372 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप Cancer Centre	Dr. Anshya Das Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेदार 2