

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/1119/2004** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **6/11/2019**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **ANIMA ADHIKARY** AGE-YEARS वर्ष-वर्ष: **51** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **PURNA CHANDRA SINGH**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **P.K. BISWAS ROAD, KHARDAHA, NORTH 24 PARGANAS TOLLIF, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **AS ABOVE**



OCCUPATION / व्यवसाय: **HOUSEWIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: **RS 2200 X 12 = 25200/-** (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या: **Blank**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes / हाँ /  No / नहीं

| 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 संबंध |
|-----------------------|--|---------------------------|---------------|--|
| 1                     | ANIMA ADHIKARY                                   | 51                        | F             | SELF   |
| 2                     | ASIT ADHIKARY                                    | 54                        | M             | HUSBAND                                      |
| 3                     | ABHILIT ADHIKARY                                 | 23                        | M             | SON  |

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

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SPL Card (Attach Card Copy)<br>मंजिली रेशन कार्ड के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें) | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)<br>रसमंजिली कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Bank/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|---|---|---|--|

\*PURPOSE\* for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु दिने गये विधियों का उद्देश्य:

| Sr. No. / क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|-----------------------|---|
| 1.                    | DS AGNOSIS - CATARACT - LE  |
| 2.                    | SURGERY - LE (SICS + IOL)   |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME \*PURPOSE\* from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोतों से लिया गया है?

| Sr. No. / क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि |
|-----------------------|--|--|
|                       |  |  |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणकर्ता 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन उपरोक्त सत्य बात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, केवल उक्त उद्देश्य के पूर्ण में ही हीन विषय के लिए, जो इस प्रारूप में मांग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई रिफंड है और न ही बीमा में हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणकर्ता 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अर्पणकर्ता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करेंगे, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांगे गए उद्देश्य के पूर्ण में ही हीन विषय के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मांगे गए सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण और इसका उद्देश्य या कार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मांगे गए सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रकाशित करने के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण और इसका उद्देश्य या कार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मांगे गए सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्पणकर्ता के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



**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.

हस्ताक्षर/अंगुली के छाप के माध्यम से हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्यता प्रमाणित करते हैं।

- 1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त नहीं कर रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हम अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी स्रोत से प्राप्त नहीं करेगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार प्रदान करने का निर्णय रोगी और अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी को उपचार प्रदान करने और उसे देखभाल करने के लिए अस्पताल को पूर्ण जिम्मेदारी होती है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>6/11/2019</p> | <p>Dr. [Signature] Akshii Karan<br/>D.O. DND</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)<br/>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p> | <p>[Signature] Ankar Begchi<br/>Ankar Begchi<br/>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br/>नाम व पद हमसल अधिकृत अधिकारी</p> |
|---|--|---|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)**

|  |  |
|--|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यायी हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यायी हस्ताक्षर 2</p> |
| <p>[Signature]</p>                                   | <p>[Signature]</p>                                   |