

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/1219/2821
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 28/12/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: INCHUPALI DHALI
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
61

SEX लिंग
M

FATHER/SPOUSE'S NAME: MAHAMMED DHALI
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

DURGAPUR, SOUTH 29 PARAGANAS 743502;
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. संख्या: खाली संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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.	TRUCHUPALI DHALI	61	M	SELF
2.	MARTIN DHALI	29	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मर्दाने विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — 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 स्रोत से ली गई क्या है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अवेरक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग कथन कहा है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता दान "कोशिका फाउंडेशन", से ही जान रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पद गत है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रकरण को पूरा करने के लिये, इस दान का अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँ और न ही भविष्य में सकूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेरक 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/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 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 (अवेरक) अपनी घोषणा को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित करें, जहाँ "कोशिका" दान, छात्रा, रक्त, चिकित्सा दान उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रार्थना करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण भी इसका एक हिस्सा है जो मैं करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं, मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" दान, छात्रा, रक्त, चिकित्सा दान निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेरक को 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सम्बंधित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैं तो वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उभार लेने/पान करने में रत न हो रहा हूँ, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पद गत है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/अन्य हेतु पद गत हो जाय तो हमारा किसी अन्य सारकारी स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय पद गत उभार लेने/पान हेतु किसी भी सारकारी स्रोत या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/पान लेता।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेने/पान करने का पूर्ण उत्तरदायित्व है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और अंत करने को सही विधि/रोगी रोगी एवं हस्पताल की रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 28/04/2018	Dr. Priyanka Chatterjee MBBS, DNB Reg. No. - 70555 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर यहाँ है	Shri. Anurag Singh (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory for on behalf of Hospital) जिस पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
--	--