

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

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0120/2976** APPLICATION DATE: **2/1/2020**  
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **CHINTA SHAW** AGE-YEARS **63** SEX **F**  
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **BOTU SHAW**  
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **KANKINARA, BHATPARA, NORTH 24 PARGANAS, T45122, WEST BENGAL**  
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**  
स्थायी निवास पता



OCCUPATION: **HOME MAKER** MARRIED (निवृत्त) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **RS 2000 X 12 = 24000** (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. **XXXX XXXX** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्रमाण हो उस पर टिकी का चिह्न 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.	CHINTA SHAW	63	F	SELF
2.	BOTU SHAW	56	M	SON

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

<b>EPL Card</b> (Attach Card Copy) एपिली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) एएसएस सी के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<b>Ration Card</b> (Attach Copy) रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किने गये विनियम का उद्देश्य:

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

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किताबें अन्य स्रोतों से लिये गयी हैं?

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन कर घोषणा पत्र:**

- 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.
  - 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.
  - I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employed/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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्रिका भी खारिज होगी।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका इस्तेमाल उम्मीद की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने इस मदद के लिए अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो पैसा लिया है और न ही लेना है।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करकर्ता का सहमति)**

- 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
  - 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 में मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जहाँ "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मदद की जाए, और यह मदद/पैसे किसी भी मीडियम से इकट्ठा करने के लिए उपयोग करे। इसका इस्तेमाल कोशिका फाउण्डेशन और/या इसकी गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी के लिए किया जा सकता है। मेरे उपचार या मदद के पूर्ण होने से पहले या बाद में मेरी छवि और अन्य विवरण "कोशिका फाउण्डेशन" के द्वारा उपयोग में लाये जा सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के बदलाव के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" के द्वारा उपयोग में लाया जा सकता है। इसका इस्तेमाल मेरे उपचार या मदद के पूर्ण होने से पहले या बाद में भी किया जा सकता है। इस मामले में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मुझे मदद करने के लिए प्रस्तावित और स्वीकार की गई मदद का स्वरूप और शर्तें अंतिम और स्वीकार्य होंगी।

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

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल का सहमति)**

- 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:
- 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.
  - 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.
- इसमें अंगूठे लगाकर, हमारे द्वारा यहाँ नीचे दिये गए हस्ताक्षर के द्वारा, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत एवं स्वीकार करते हैं।
- यह कि हम न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तिय सहायता किसी भी रोगी के मामले के लिए मांग कर रहे हैं, जहाँ हमें वित्तिय सहायता के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से मदद मांगनी है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मांगी गई सहायता पूरी नहीं मिलती, तो हमें अपने गैर-मांगी सहायता से कमी भरने के लिए अधिकृत होंगे। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से मदद मांगनी है।
  - "कोशिका फाउण्डेशन" से मदद केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव/प्रकार जो "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मांगी गई मदद के लिए स्वीकार्य है, रोगी और "कोशिका फाउण्डेशन" के बीच के समझौते पर निर्भर करता है और इसका कोई भी हिस्सा "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रभावित नहीं किया जा सकता है। अतः "कोशिका फाउण्डेशन" को रोगी के उपचार और सुरक्षा के लिए कोई भी भूमिका नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>2/1/2020</b>	Dr. Priyanka Chatterjee (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोगी के लिए हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2