

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No.: K/0120/2991 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 3/1/2020 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: UJJWALA DAS आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 60 वर्ष	SEX: F लिंग	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MOHAN DAS पिता/सहोदर का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>PARAMANJE PARA, VISHAL, SOUTH 24</u> <u>PARGANAS, WEST BENGAL</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: <u>AS ABOVE</u>				
OCCUPATION: <u>HOMEMAKER</u> व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: <u>RS 1700 X 12 = 20400/-</u> कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)		
PAN No. <u>समाप्त</u> <u>छाता संख्या</u>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 से संबंध
1.	UJJWALA DAS	60	F	SELF
2.	RAJUL DAS	24	F	DAUGHTER
3.	VISHAK DAS	25	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ 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) रसदोस्त कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मरी विनती का उद्देश्य:				
Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/दवापत्र से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न				
Sr. No. क्रम संख्या	1. <u>DIAGNOSIS - CATARACT - RE</u>			
	2. <u>SURGERY - RE (SLCST+IOL)</u>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इसे गई सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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.
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तब यह है कि मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सही ज्ञात कर रहा हूँ, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस राशि का भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो होगा है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत कर, मैं (आवेदनक) अपनी छवि और पता "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारण के माध्यम से मुझे भविष्य में और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रेरित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सही ज्ञात कर रहा हूँ।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे सहायता का हक्क नहीं बचाता। इस प्रपत्र पर मैं "कोशिका" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी को निर्यात अधिकार और सहायता दोगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या मुद्रा का स्थान

(Signature)

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 & except 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.

- हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:
- 1) यह कि हम अभी वर्तमान और भविष्य में किसी सहायता हेतु सिफारिश करने वाले किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं मांग रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलेगी, जिससे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए हमें कोई भी अन्य सहायता नहीं मिलेगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता हेतु सिफारिश करने वाले किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम मान्यता देते हैं कि सहायता के लिए हमें सहायता हेतु सिफारिश करने वाले किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं मांग रहे हैं।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से हमें सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे चिकित्सा प्रपत्र पर हमें सहायता के लिए हमें सहायता प्रदान करने वाले किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम मान्यता देते हैं कि सहायता के लिए हमें सहायता प्रदान करने वाले किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम मान्यता देते हैं कि सहायता के लिए हमें सहायता प्रदान करने वाले किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Priya P. 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) हमारे चिकित्सक का नाम, पद और हस्ताक्षर
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>