

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0120/2995 APPLICATION DATE: 3/1/2020
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: ANILA HALDER AGE-YEARS: 75 SEX: F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: NALINIKANTA HALDER
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: GAZI MAHAL, SOUTH 24 PARGANAS 748774
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: HOMEMAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1500 X 12 = 18000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आय कर का पत्र है (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

FAMILY DETAILS: Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant
परिवार के सदस्यों का नाम आयु (वर्ष) लिंग आवेदक के साथ संबंध

1. ANILA HALDER 75 F SELF
2. RUCHI HALDER 32 F DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other Basic Proof
गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
आपका/आपकी से चिकित्सीय रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन

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 किसे अन्य स्रोत से प्राप्त है?

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

75 F

32 F

RE (SICS + IOL)

RE

RE

RE

RE

RE

RE

RE

RE

RE

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई किरण एवं कण असाध्य चला जाता है तो मेरी सहायता निरस्त हो जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पट गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में या भविष्य में मैं इस प्रकरण की राशि, इस रकम का प्रतिशत या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 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 आवेदनक द्वारा घोषणा की जाय सत्यकार, मैं (आवेदनक) अपनी जानकारी के मुताबिक एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, एवं "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित एवं प्रदर्शित करने में मुझे प्रतिनिधित्व और उत्तरदायित्व के लिये किसी भी प्रकार ज़म्मेदार हो सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिशर्त के प्रसारित करने में "कोशिका फाउंडेशन" का अधिकार है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- 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.

हस्ताक्षर करके, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जहाँ तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता मिलेगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने आप ही सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा के अन्तर्गत हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता के लिए हमें ज़म्मेदार होना पड़ेगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चयन और प्रक्रिया का चयन हमारे और रोगी के बीच है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमें उपचार का चयन और प्रक्रिया का चयन करने की पूरी ज़म्मेदारी होती है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी दबाव नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए घोषणा

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 3/1/2020	Dr. Priyanka Chatterjee M.D. DNB Reg. No. 76535 (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर, न.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक हस्ताक्षर 2