

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No.: K/0120/3027		APPLICATION DATE: 4/1/2020			
NAME of APPLICANT: RAMESWAR DAS		AGE-YEARS: 59	SEX: M		
FATHER/SPOUSE'S NAME: SHET GILAL DAS					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 42 CHITTARANJAN AVENUE, GOH BAZAR, KOLKATA 700012, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE					
OCCUPATION: Rickshaw Puller		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 19000 X 12 = 228000		(Attach Proof of Income)			
PAN No. [Blank]		ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No	
				H / N	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1.	RAMESWAR DAS	59	M	SELF	
2.	KARUNA DEVI	52	F	WIFE	
3.	LAKSHMAN DAS	28	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
BPL Card (Attach Card Copy)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy)		Ration Card (Attach Copy)	
गरीबी रेश कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		आय वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
				Any Other Basis/Proof	
				अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:					
सहायता हेतु किसे क्या चिकित्सा का उद्देश्य:					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
Sr. No.	अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची 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 किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			
Sr. No.	अन्य स्रोत का नाम	ही गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य अवलोकन गलत या झूठ है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु मांग प्रत्यक्ष की नहीं है, इस दवाइ या उपचार या उपलब्ध विवरण किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

- 1) 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 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 (आवेदनक) अपनी छवि और उद्देश्य के लिए सहमत हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बिना मेरे सहमति के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित नहीं किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के अंतर्गत से प्रसारित है मुझे स्पष्टता: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा प्रसारित न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउंडेशन" के वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और साकार संगठन या किसी अन्य स्रोत से वसूली के लिए मांगेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधिगत/सिफारिशित हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमारा निश्चित अन्य और साकार संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जा रहा है कि सहायता वित्तिय प्रदान करने के लिए मांगेंगे हेतु किसी और साकार संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं मांगेंगे।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता के लिए अधिकृत हूँ। मेरी यह हस्ताक्षर इससे ही स्पष्टता: यह कि मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी से हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने करने को सही निर्णय लेने एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई प्रभाव या निर्णय इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 4/1/2020	Dr. N. S. Singh (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Signature (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2