

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/0126/2083 APPLICATION DATE: 01.01.2020
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: SHIMA DAS AGE-YEARS: 50 SEX: F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: RABIN SATRA
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: HARAN CHANDRA MUKHARJEE ROAD, KHARDAH, NORTH 24 PARGANAS - JOOLI, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE



OCCUPATION: TEA SHOP MARRIED (विवरित) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: 2000 X 12 = 24,000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का सक्षय संलग्न)

PAN No. (आपका संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही कर चिह्नन लगायें) हाँ / 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 सम्बंध
1	SHIMA DAS	50	F	SELF
2	BALAKAM DAS	61	M	HUSBAND
3	JOY DAS	27	M	SON
4	JUJI DAS	23	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययनोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (RE)
2.	SURGERY (RE) - SIESTA IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास्य एवं कथन सत्य पत्र प्राप्त है तो मेरी सहायता निरास्य की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में परत गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु मांग प्रार्थना की गई है, उस राशि का उपयोग या सहायता किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ली जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और कोई विवरण इस प्रकार में प्रयोग है, जो "कोशिका" एवम् नकार, धरने, चरम/अधुनिक उद्देश्य में कुछी प्रचार/प्रसारण और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सामान्य से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे द्वारा जो प्रस्ताव या करार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व नगरी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इनाम नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके गतिविधियों का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रस्ताव/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये मांगे जाये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रारंभित उक्त रोगी के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारंभ हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रस्ताव पेश किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय चरम उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE -

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>01-01-2028</p>	<p><i>Dr. Shashank Das</i> Specialist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा</p>	<p><i>Optom Ajhijit Das</i> Senior Program Officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनारंभिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>
	