

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

 APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/0523/0218**
 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **28/05/2023**

 NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **GAYATREE GHOSH**
 AGE-YEARS / आयु वर्ष: **82**
 SEX / लिंग: **F**

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुघ का नाम: **BHUKUMAR GHOSH**

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:

VIDYASAGAR ROAD, HITALPUKURIA

HABRA, NORTH 24 PARGANAS, 74 3251,

WEST BENGAL

 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता:

AS ABOVE

 OCCUPATION / व्यवसाय: **HOME MAKER**
 MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):

 TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **NIL**
 (Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. / स्वयं खाता संख्या

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय का दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):
 Yes / हाँ
 No / 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.	GAYATREE GHOSH	82	F	SELF
2.	GITA GHOSH	60	F	SON

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिये विवक्ति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रखा के नीचे इच्छा पत्र (इच्छा पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग इच्छा पत्र (इच्छा पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (इच्छा पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए विवक्तियों का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / जस्पा/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICR + POL)

 ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोतों से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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/employer/insurance company, of the amount for which the assistance is requested.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं कल्पन असत्य प्रकट करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में प्रकट किया है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से, पूर्णतः या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त करूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया)

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

- इस दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दस्तावेज में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, वाचना/या दूरदर्शन में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे दस्तावेज का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण को लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लक्ष्यों में घोषित हैं पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Gayatrie Ghose

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकारा करते हैं।

- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दस्तावेज में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय सहायता उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार के प्रकार या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता कल्पन वित्तीय प्रकृत को है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल से रोगी के उपचार सुरक्षा और अपने करने को जारी रखने/रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेसन की तारीख</p> <p>28/05/23</p>	<p><i>Dr. Shikha Das</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व प्रमाणित कर के साथ</p>	<p><i>OPTOM ANSHU DAS</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) SANKARA EYE CARE INSTITUTE</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE OF TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE OF TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--