

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 410918/0590
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 15/5/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: JYOTSNA SINGHA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

75

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SADANANDA SINGHA
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

406/4 RAJA NABAKRISHNA STREET, SHYAMBAKUJ
KOLKATA 700005 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION: HOUSEWIFE
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 के साथ संबंध
1.	JYOTSNA SINGHA	75	F	SELF
2.	PARTHA SINGHA	33	M	SON
3.	MOUSUMI SINGHA	30	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विरती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	TRABENDOLIC - CAPADOLIC - RE.
2.	CURBETOLIC - RE. (Sildenafil)

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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: माहितक ह्या पत्रात मी:

- 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से न तो अपने किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही लियेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति देना)

- 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 to the 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 fulfilment 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 प्रश्न का जवाब इसलिए या अंग्रेजी की उचित समझकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, वाचस्पत्य दूसरे वर्तमान से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न हो प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साक्षात्पक्ष के वर्तमान से संबंधित है मुझे स्वतः साक्षात्पक्ष का हक्कार नहीं बनना। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके बच्चे को हमेशा प्यार और सुरक्षा का अनुभव कराएं।



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 20 000)

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.

इससे अधिकतर इस्तेमाली की ओर से मांगने/देने को "कोईतरा ज़ादन्देशन" से विनियमित कराया हो। नियमों की जाड़ी है, जिसे हम (हमसज्ज) विनियम प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही पक्षियों में विविध सहायता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्वीत से उठा होनी चाहती है लेकिन या तो वह है, जैसे कि हमने "कॉलिका फायरवॉटर" से विचारित/निर्मित उठा के सम्बन्ध में "कॉलिका फायरवॉटर" द्वारा गहरा होना कि है। यदि "कॉलिका फायरवॉटर" द्वारा सहायता मिलती अधिकतरकर होना गन्तु नहीं किता जात है तो सम्बन्ध किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जात है कि सम्बन्ध द्वितीय गहर उठा होनी चाहती होना किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेनालेनी।
2. "कॉलिका फायरवॉटर" से लेनी सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी या सम्बन्ध द्वारा ही गई सहायता या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का पुनः ऐसी एवं सम्बन्ध के बीच का विषय है और "कॉलिका फायरवॉटर" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसीलिए सम्बन्ध में ऐसी के द्वारा सुलभ और जाने जाने की सही विमोचनी ऐसी एवं सम्बन्ध की होनी और "कॉलिका" की कोई प्रक्रिया या विमोचनी इस सम्बन्ध में नहीं होनी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकार/निस्तु का निशान लगाये)

ACCEPTANCE

मन्त्र

REJECTION

ममपुत्र

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15 | 5/17

Dr. Alok Agrawal
MBBS, MS, PhD (EYE) FMRF, FSNEC
Reg. No. 34788
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का पत्र व हस्ताक्षर से युक्त है

Dr. Anshu Singh
Director
Central Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नमः वः १०८ हस्पताल अधिष्ठित अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती बाबासाहेब

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
अनुमोदित

REJECTED
नाम-

12/10

न्यासी इमाला 2