

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0612/04112  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 01.06.18  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : GOPAL SHANKAR ROY  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60  
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : DHARMADAS ROY.  
पिता/सहोदर का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

HARINDANGA DIAMOND HARBOUR  
SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AT ABOVE -

OCCUPATION : UNEMPLOYED  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (को मध्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ)

Yes / No  
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 सम्बन्ध
1	GOPAL SHANKAR ROY	60	M	SELF
2	SUBHRA ROY	54	F	WIFE
3	GOURANGA ROY	27	M	SON
4	SRABANI ROY	27	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT (LE)
2.	SURGERY - LE (SICSTIOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी 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: (अर्शक द्वारा घोषणा पर):**

- 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 विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता के लिए "बोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ कि मैं, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, इस राशि का वापस या पूरा भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और नहीं ले रहा हूँ।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण में अर्शक द्वारा घोषणा की गयी जानकारी, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "बोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "बोशिका" द्वारा न्यासीयों, डॉक्टर, चिकित्सकों द्वारा उपचार से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में काले में लिफ्ट "बोशिका फाउन्डेशन" में न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस सम्बन्ध में "बोशिका" द्वारा न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Gopal Samsar Roy.*

**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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता से सहमत करने हैं।

- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेगा/करने में लगे या ले रहा है, जैसे कि हमने "बोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किये गये उक्त सहायता से "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाय तो हम सहायता किसी अन्य स्रोत से किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि हस्पताल द्वारा ही सहायता हेतु किसी भी प्रकार की सहायता से किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।

2. "बोशिका फाउन्डेशन" से लेने गये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "बोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारियाँ इस सम्बन्ध में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>01-06-18</b></p>	<p><b>Dr. Ashdam Deb</b> MBBS, D.O., FRCS Reg. No. - 58096 (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p><i>Sankar Bagchi</i> <b>Sankar Bagchi</b> Director (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

<p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> न्यासीय हस्ताक्षर 1</p>	<p><b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> न्यासीय हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>Safarj</i></p>	<p><i>Sankar Bagchi</i></p>