

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/0618/0501**  
 आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: **19/06/18**  
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **BIJAY SAHA**  
 आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **71**  
 SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **JAGADISH CHANDRA SAHA**  
 पिता/पत्न्या का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **37 VIVEKNAGAR, TITAGARH, NORTH 24 PARGANAS, HOOGLY, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**

OCCUPATION: **UNEMPLOYED**

MARRIED (विधवा) /  UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: **NIL**

(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)

PAN No. **स्वयं खाली छोड़ें**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  Yes /  No  
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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	BIJAY SAHA	71	M	SELF
2	JOSUNA SAHA	65	F	WIFE
3	GOPAL SAHA	41	M	SON
4	MINTU SAHA	39	M	SON
5	CHITON SAHA	32	M	SON
6	SIKHA SAHA	34	F	DAUGHTER

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश का पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

**"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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (VICS + 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 लौं गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक द्वारा घोषणा पर):**

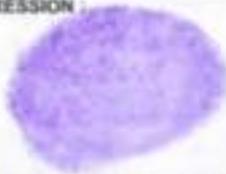
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 कथन साबित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात से सख्तमत रखता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह व्यय नहीं है, उस व्यय का अधिकतम वह सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सके है और न ही भविष्य में नही।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (अर्पक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित कर सकें, जहाँ "कोशिका" एक पत्रिका, पत्र, पत्रिका/पत्र पत्रों के माध्यम से मुझे चिकित्सीय और उपचारित करने के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रकाशित किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सख्तमत रखता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित करने के लिए प्रयोग कर सकें। सहायता का प्रदान नहीं किया जा सकता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एक पत्र, पत्रिका, पत्रिका/पत्र पत्रों का निर्माण कर सकता है और सहायता प्रदान कर सकता है।

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

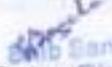
अर्पक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



**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 यहाँ-यहाँ पर "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 प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रस्तावित है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्रदान करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ यह भी स्पष्ट है कि सहायता प्रदान करने के लिए हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार और उपचार प्रक्रिया का चुनाव हमारे और रोगी के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता प्रदान करने के लिए हमें सहायता प्रदान करने की सारी जिम्मेदारी हमारे और हमें सहायता प्रदान करने और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery सर्जरी का तिथि 19/06/18	 <b>K. Ghosh</b> MBBS, DO, DNB, FRCS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 <b>Sankar Bagchi</b> (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल 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
