

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)			(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :			K1061810599		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 20/06/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :			SAILEN ROY		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 78	SEX लिंग : M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम :			PRASANNA KUMAR RAY			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता			H/E-5, BAGUI PARA BIDHAN NAGAR MUNICIPAL CORPORATION, BAGUIATI, NORTH 24 PARGANAS, 740059, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता			AS ABOVE			
OCCUPATION : व्यवसाय :			UNEMPLOYED		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :			NIL		(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 (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) :						
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.	SAILEN ROY	78	M	SELF		
2.	PRABHA ROY	70	F	WIFE		
3.	PINTU ROY	27	M	SON		
4.	KAROLI ROY	45	F	DAUGHTER		
5.	PAMPA ROY	47	F	DAUGHTER		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने विनंति 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(SICS+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 ले गई सहायता राशि		



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ कि मैं, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रकरण में माग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का आर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, वाचना/चुनने उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना मेरे नाम के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की 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:

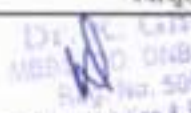
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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 आपसे/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 उस रोगी/रोगी के लिये या से हो रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किये गए बात को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा माग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति अधिकृत/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा माग उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता किन्हीं गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुलभ और अपने करने की सही निर्णय रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

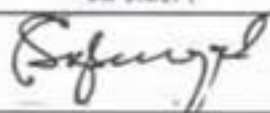
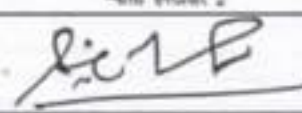
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/06/18	 Dr. C. Chatterjee MBBS, DNB, FRCS Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 Shrihar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised 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 
--	---