

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या : K/10818/0896

APPLICATION DATE : 03.08.18  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम NIRMAL DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष 65

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/पत्नी का नाम SAILANDRA NATH DAS



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
GASABATI MAUSA KHASBALANDA, P.O. NO. 63,  
MATHSIGHATI, HAROA, NORTH 24 PARGANAS,  
743425, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
AS ABOVE

OCCUPATION :  
व्यवसाय UNEMPLOYED

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 लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes/No हाँ/नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1.                     | NIRMAL DAS  | 65                         | M              | SELF  |
| 2.                     | LALKA DAS   | 54                         | F              | WIFE  |
| 3.                     | PRADIP DAS  | 31                         | M              | SON   |
| 4.                     | IMPAL DAS   | 28                         | M              | SON   |

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

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|---|---|--|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विपत्ती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - LE  |
| 2.                     | SURGERY - LP (SUCS-NAL)  |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>एवं प्राप्त सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
|                        |   |   |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य एवं सही नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में कभी भी, इस सहायता के लिये, पूर्णतया या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा।

**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 donation to 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 जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोप" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" दान, पत्र, पत्रिकाएँ, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या करार के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्यों के लिये प्रयोग करने से मेरी सहायता का अंतिम निर्णय केवल "कोशिका फाउन्डेशन" दान, पत्र, पत्रिकाएँ और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत होगा।

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

आवेदक के 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 यहाँ घोषणा की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहायता को स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये माँगा जा रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सहायता के लिये माँगा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाती है, तो हमें सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अन्तर्गत यह घोषणा की जाती है कि हस्पताल वित्तीय सहायता के लिये माँगा जा रहा है कि हस्पताल वित्तीय सहायता के लिये माँगा जा रहा है कि हस्पताल वित्तीय सहायता के लिये माँगा जा रहा है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता संभव वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता माँगी जाती है। इसलिये हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)<br>संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निराकरण लगाए) |  | ACCEPTANCE<br>सम्पूर्ण   | REJECTION<br>सम्पूर्ण |
|---|--|--|-----------------------|
| Date of Surgery<br>उपचार की तारीख<br>03.08.18   | <br>Dr. A. Kundu<br>MBBS, MS<br>Reg. No. -55127<br>Susrut Eye Foundation & Research Centre<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व | <br>Shikhar Singh<br>Director<br>Susrut Eye Foundation & Research Centre<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |                       |

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

|                        |                      | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यायी हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यायी हस्ताक्षर 2 |
|------------------------|----------------------|--|--|
| SANCTIONED<br>सम्पूर्ण | REJECTED<br>सम्पूर्ण |  |  |