

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **K10818/0901** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **03.08.18**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **SATYARANJAN BISWAS** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **68** SEX लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्या का नाम : **ABINASH BISWAS**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
MAHABATI MAHA KAPURBOLANDA JL NO. 63, HARGA, NORTH 24 PARAGANAS, 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. : आय का प्रमाण संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) 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 संबंध
1	SATYARANJAN BISWAS	68	M	SELF
2	SARAJ BISWAS	46	M	SON
3	SISHA BISWAS	41	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) : सहायता के लिए विनती आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE : सहायता हेतु किने गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RE (SIC'S HCL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES : इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED रही गई 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 पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता मिलनी चाहिए।
 - 2) मैं यहाँ पर घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता पड़ा है।
 - 3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रश्न के अंतर्गत, इस रकम का अधिक या समतुल्य हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से नहीं लियेगा और न ही अधिक नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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/post-up/republish 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 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 पर उत्तर देकर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा जारी, दान, सहायता प्राप्त करने से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इसका अर्थ है कि कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपे को मेरे नाम और पता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोपे अधिकृत हैं।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के उद्देश्यों से प्रकाशित करने के लिए सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा जारी न्यायोपे का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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 और से यहाँ पर घोषणा की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो कोशिका और न ही अधिकृत में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रकम/उपचारों में लूँगे या ले रहे हैं, बस कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/समस्त हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय तौर पर उस रकम/उपचारों हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार ही नहीं सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निश्चय संशय)		ACCEPTANCE सम्पूर्ण	REJECTION सम्पूर्ण
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 03.08.18	Dr. A. Kundu MBBS, MS Reg. No.-55127 Sriyal Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Shobhakar Bagchi Director Sriyal Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED सम्पूर्ण	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपे हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपे हस्ताक्षर 2