

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0818/0941 APPLICATION DATE : 02/08/18  
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : BIRENDRA CHOUDHARY AGE-YEARS 65 SEX M  
आवेदक का नाम आयु वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BASANTA CHOUDHARY  
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 103/4 ORIA PARA ROAD, GARULIA, NORTH 24, PARAGANAS, 743133, WEST BENGAL  
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE  
स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION : UNEMPLOYED  
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)  
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. Blank

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 चिह्न 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.	BIRENDRA CHOUDHARY	65	M	SELF
2.	CHANDRAKANTA DEB	32	F	WIFE
3.	SUJIT CHOUDHARY	34	M	SON
4.	MANJU CHOUDHARY	30	F	DAUGHTER

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे लक्ष्य के 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 (SIC 5710L)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाला 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 यकीन करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित होता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
  - 2) मैं यकीन करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बतलाया गया है।
  - 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैं आगे आने वाले समय में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊंगा और न ही भविष्य में लूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाला)**

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/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 फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपक्ष" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में बतलाया है, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, कर्मचारियों द्वारा, उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए विभिन्न माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का प्रयोग कोशिका फाउंडेशन के द्वारा मेरे उपचार या उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के नाम से अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कोशिका फाउंडेशन के उद्देश्य में प्रसारित है मुझे स्वतंत्रता प्रदान करेगी। इस संबंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा विभिन्न माध्यमों से प्रसारित किया जाएगा और प्रभावी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

*Berendar Chaudhary*

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा बतलाया)**

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सार्वजनिक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) किसी प्रकार से धन न भौतिक करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उभर लेने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उभर के समय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हमें स्वतंत्रता प्रदान करेगी। इस पुष्टि में स्पष्ट बतलाया जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उभर लेने के लिए स्वतंत्रता प्रदान करेगा।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद प्रदान की जाएगी वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के उपचार/प्रक्रिया और उनके जाने को स्वतंत्रता प्रदान करेगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)  
संस्तुति (स्वीकृत/निस्तुत का चिह्नित लगाए)

ACCEPTANCE  
सन्तु

REJECTION  
सन्तु

Date of Surgery  
शरीर को उपचार

08/08/18

Dr. Harj Shanker Negi  
MBBS, MS. (OPHTH)  
Reg. No. - 45555  
Sriant Eye Foundation & Research Centre  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिक, व

*Srinivasan Sivakumar*  
Director  
Sriant Eye Foundation & Research Centre  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED  
सन्तु

REJECTED  
सन्तु

*[Signature]*

*[Signature]*