

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0818/0967 APPLICATION DATE : 08.08.18
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : BHARATI NASKAR AGE-YEARS 63 SEX F
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME : PASHUPATI HALDER
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : SOUTH 24 PARGANAS, NARAYANPUR, CANNING-1,
दोस्तलाघोला नारायणपुर, कान्निंग-1,
SOUTH 24 PARGANAS, 743376, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : HOME MAKER
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का आय प्रमाण)

PAN No. :
आपका पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	BHARATI NASKAR	63	F	SELF
2.	SIRAMANI NASKAR	68	M	HUSBAND
3.	BISWANTI NASKAR	91	M	SON
4.	DEBANTI NASKAR	32	F	DAUGHTER

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती 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 लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में उपलब्ध नहीं था या है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने आगे नहीं जाकर किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मदद ली है और न ही भविष्य में 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/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 बाएँ की उंगली लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, प्रकाशित करने के माध्यम से, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन को धन募集 करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी सहमति के बिना या मेरे उपचार के पूर्ण होने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" न किसी भी माध्यम से मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग करेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रकाशित करने के माध्यम से प्रदान की गई सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता है। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए अंतिम और स्वीकार्य निर्णय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का निशान



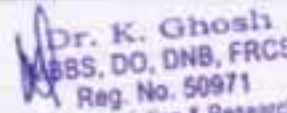

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करण)

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.

इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ दिये गए हस्ताक्षर के माध्यम से, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण से मदद के लिए सहमत हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से मदद लेने का कोई अधिकार है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से मदद मिले। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से मदद नहीं मिलती, तो हमें अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के माध्यम से, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण से मदद के लिए सहमत हैं कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने के लिए अंतिम और स्वीकार्य निर्णय होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई अधिकार नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हॉस्पिटल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकार्य/निरस्त का विवरण लगाए)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery अपरेशन की तारीख 08-08-18	 Dr. K. Ghosh MBBS, DO, DNB, FRCS Reg. No. 50971 Sagar Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व	 Sanjiv Bagchi Director of Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED सम्मत	REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्येष्ठ हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नवो हस्ताक्षर 2
			