

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0818/0995

APPLICATION DATE: 08.08.18

NAME of APPLICANT: KALIDAS ROY

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SOMNATH ROY

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

GOSABA, KUMIRMARI, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER

TOTAL ANNUAL INCOME:

NIL

(Attach Proof of Income)

(आप का सक्षम स्रोत)

PAN No. क्या है/नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

## 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.                     | KALIDAS ROY                                       | 70                         | F              | SELF                                            |
| 2.                     | DULIP ROY                                         | 48                         | M              | SON                                             |
| 3.                     | PRASANTA ROY                                      | 48                         | M              | SON                                             |
| 4.                     | SABITA ROY                                        | 69                         | F              | DAUGHTER                                        |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

|                                                                                                           |                                                                                                                   |                                                                                           |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश के साथ 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>उपभोक्ता 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 विनयी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | DIAGNOSIS - CATARACT - RE                                                                    |
| 2.                     | SURGERY - RE (SICS + IOL)                                                                    |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

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

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक 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 प्रपत्र 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 सहायक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से स्वीकार करता हूँ, कि यदि मुझे सहायता मिलेगी तो मैं इसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिसके लिए मैंने सहायता माँगी थी।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रपत्र के अंतर्गत, अपने भुगतान के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये जायेंगे और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वारा करार)**

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एफएम फाउन्डेशन, एफएम फाउन्डेशन द्वारा उद्देश्य के लिए प्रचारित/प्रसारित और प्रसारित/प्रसारित करने के लिए किसी भी माध्यम, जिसमें कि लिखित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, के माध्यम से सहायता माँगने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" को सहायता के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिए उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के भरोदारों को अधिकृत करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस सहमति को "कोशिका" एफएम फाउन्डेशन के भरोदारों और भरोदारों को स्वीकार करना होगा।

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

अर्शेक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

**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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से सम्मिलित करने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता माँगने के लिए नहीं कर रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता माँग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाती है, तो हम अपने अभाव को किसी अन्य स्रोत से पूरक करने के लिए अधिकृत रहेंगे। इस पुष्टि के अंतर्गत, हम स्वीकार करते हैं कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता माँग रहे हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से हमें वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे ही है। हमारा दायित्व है कि हम "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा वित्तीय सहायता का कोई दायित्व नहीं हैं। इसलिए हमारा ही है कि हमारे दायित्व और हमारे जाने की सही जिम्मेदारी हमारे ही है। हम "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं देंगे।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)  
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निराकरण)

ACCEPTANCE  
संस्तुति

REJECTION  
निरस्त

Date of Surgery  
अपरेशन की तिथि

08/08/18

Dr. K. Chandra  
MBBS, DO, FRCS  
Reg. No. 10371

Susru Eye Foundation & Research Centre  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Susru  
Dr. Shankar Dasgupta  
Director

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED  
संस्तुति

REJECTED  
निरस्त