

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :  
आवेदन संख्या :

K/0219/3224

APPLICATION DATE :  
आवेदन तिथि : 10/10/19.NAME of APPLICANT :  
आवेदक का नाम

MAYARANI ROY

AGE-YEARS वय-वर्ष

55

SEX लिंग

F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :  
पिता/स्त्री का नाम

BAIDYANATH MONDAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

BANSKOPA, PASBANDHI, KANKRA, BALDHAMAN  
नाटोड, वेस्ट बंगाल

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : व्यापारी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :  
अपना काम

HOUSE WIFE

MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (विहिरी)

TOTAL ANNUAL INCOME :  
कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)  
(आय का सत्य संकाय)

PAN No. स्थाई स्वाक्षर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर रहा है (जो मानव हो उस पर मही का विशेष संकाय)Yes / No  
हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS घरेलू विवरण

Sr. No. इम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	MAYARANI ROY	55	F	SELF
2	NIRNAL ROY	61	M	HUSBAND
3	SANDIP ROY	62	M	SON
4	SHALAX ROY	89	M	SON
5	SANDHYA PANDEY	26	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए चिन्हित आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ
गटीबी रेखा के नीचे प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की स्थान परि संतान करो)	आवास अय वर्ग प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की साथ प्रति संतान करो)	उत्तरीक्षण कार्ड (प्रधान पत्र की साथ प्रति संतान करो)	

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

Sr. No. इम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीवियू दूषी संतान
1.	DIAGNOSIS- CATARACT - R.E.
2.	SURGERY- Re(Gestational)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता निकाली अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. इम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED सी गई सहायता राशि



**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा पंचन्त्र यह:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषण करता हूँ कि इस प्राप्ति से लिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यह कोई विवरण एवं कठन असत्य या जात है से संदेह जाहाज की जा जाती है।
- मैं द्वारा जो जाहाज या "कोशिका पाइलोटेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी डिसेंट की पूर्णी के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति से पहले यह है।
- मैं पुरुष करता हूँ कि विवरण सहायता से गहराई की गई है, उस दर्ता का अधिकार या सकल विस्तार किसी अन्य छोड़नियोक्तव्यों का नहीं है और न ही भविष्य में होता।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करना)**

- 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 donations for 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.
- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रति या अपने इतनाहर या अंगठे को जान लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी जाहाजी को पुरुष करता हूँ एवं "कोशिका पाइलोटेशन" और उसके नामों "कोशिका पाइलोटेशन" और जो विवरण इस प्रति में संबंधित है, उसे "कोशिका" एवं नामों, दान, सामग्रीक दूषों उत्तरोप से जुड़ी विविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये विस्तृत भी प्रसार यात्रायम से प्रतिक्रिया करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रति या विवरण में इतनाहर के पासे या बाटे के लिए "कोशिका पाइलोटेशन" या नामों अधिकृत हैं।
- मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मैंने यथा, एवं, अंगठे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ी है युक्त स्वतः सहायता का इकाया जीवन का बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके नामों का विनियोग अतिम और जानकारी होता।

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

अवेदक के इतनाहर या अंगठे का निराम



**AGREEMENT by HOSPITAL (इतनाहर द्वारा करना)**

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:

- 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.
- 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.

हमारे अधिकृत, इतनाहरी की ओर से प्राप्तेईकी को "कोशिका पाइलोटेशन" से विविध सहायता से जुड़ी विवरणों की जाती है, जिसे यह (इतनाहर) नियंत्रित या यथा या संवेदन करते हैं।

- यह कि न को अतीव और न ही अतिव ये विविध सहायता विस्तृत या सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्तर से उक्त उपलब्धताएँ नहीं होते हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका पाइलोटेशन" से विविधियाँ विस्तृत रूप से यथा ये "कोशिका पाइलोटेशन" द्वारा प्रदान होते हैं। यह "कोशिका पाइलोटेशन" द्वारा सहायता विस्तृत अधिकार/उपकरण होते हैं जो किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता संस्कार का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुरुष में स्पष्ट बताया जाता है कि अस्पताल द्वितीय पद उपर उपलब्ध होते हैं जिसी गति के साथ या अधिकारी संस्कार के साथ।

- "कोशिका पाइलोटेशन" से ली गई सहायता जोकि विविध उपकरणों को होती है। ये उपकरण इतनाहर द्वारा या यथा या उपकरणों को उपलब्ध कराया जाता है। इसी द्वारा यथा या उपकरणों को उपलब्ध कराया जाता है। इसी द्वारा यथा या उपकरणों को उपलब्ध कराया जाता है। इसी द्वारा यथा या उपकरणों को उपलब्ध कराया जाता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्कृति**

Date of Surgery अंगठी की तारीख  12/12/19	 Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दानकर का नाम व इतनाहर द एसी. ए.	 Subhankar Roy Susrut Eye Foundation Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व उपलब्ध अधिकृत अधिकारी
---	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इतनाहर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इतनाहर 2