

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य रक्षणात)		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	K/0219/3260	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	13/2/19	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	SONY	AGE-YEARS वय-वर्ष:	60	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/काकुल का नाम:	MD. 2AMIR	SEX लिंग:	M.	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासना स्थान पता 16 TILJALA ROAD, GOBINDAKHATICK ROAD, CIRCUS AVENUE, KOLKATA - 700046, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासस्थान पता — AS ABOVE —				
OCCUPATION: अवधारणा:	HOUSEWIFE	MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (जिविविहृत) (Attach Proof of Income) (आप का साक्ष प्रमाणन)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	NIL			
PAN No. स्थाई खाता संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हो (जो भाव्य हो उस पर सही का विचार स्थापित)				
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 सम्बन्ध
1.	SONY	60	F	SISTER
2.	RANI KHATOON	28	F	DAUGHTER
3.	HURIAHAN KHATOON	36	F	DAUGHTER
4.	MUNNA	23	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशी आवाहन				
BPL Card (Attach Card Copy) गटीबी रोका के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ लेने सहन करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आप की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाया लेने सहन करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाया लेने सहन करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयोडाइटिक से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.E			
2.	SURGERY-L.E (SICS+IOL)			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ही गई सहायता राशि	

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट 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 हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये गांवे विवरण सही जनकारी के अनुसार सच्च एवं सही है। यदि कोई विवरण इस कानून सच्च नहीं है तो उसे घोषणा किसी तरह बदल दिया जायेगा, जो इस प्राप्ति में पड़ जाएगा।
- 2) मेरे द्वारा जीवन की "कोशिका फाउंडेशन", में लौट जाओ हैं, उसका उपयोग उसे उद्देश्य के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में पड़ जाएगा।
- 3) मैं पूर्ण करता हूं कि जीवन की घोषणा की गई है, उस घोषणा का अधिकार या उपलब्धि किसी अन्य दूसरी नियोजित कानूनी से न हो सकता है और न ही अधिकार में सुनिए।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा कराया)

- 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 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.
- 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 प्राप्ति का अप्पेलेंट की जाए जानकारी, मैं (अप्पेलेंट) अप्पेलेंट घोषणा की पूर्ण करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञातीयों" को अधिकृत करता हूं कि ये नाम, पता, फोटो और जीवन के विवरण इस प्राप्ति में दर्शित हैं, उसे "कोशिका" एवं नामों, दान, जाहाजारी त्रृतीय उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी इमार या घोषणा में प्रतीकृत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण वही इतनब के पहली या बार में कराये जाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के ज्ञातीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस बात से जाहाजा हूं कि ये नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि जाहाजा के उद्देश्यों से प्रतीकृत हैं पूरी रूप से जाहाजा का उपकरण नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्ञातीयों का विवरण अधिकृत और जाहाजा की है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट के इमारार का अप्पेट का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पातल द्वारा कराया)

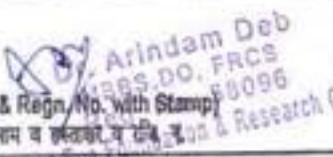
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

इसी अधिकृत, इमारार की ओर से घोषणाएँ को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण जाहाजा हैं जिसकी जाहाजा की जाता है, जिसे हम (हास्पातल) "मैं प्रकार से यह या स्थिति करता हूं"।

- 1) यह कि न हो जीवन और न हो अधिकृत में विवरण जाहाजा किसी भी जाहाजा की संस्थान के विवरण सही अन्य संस्थान में होनी चाहे हो या न हो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण जाहाजा की उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जाहाजा किसी अन्य अधिकृत उपकरण से जाहाजा लेने का अधिकार सुनिए जाता है। इस पूर्ण में स्वतंत्र कहा जाता है कि अन्य जाहाजा द्वितीय यह उक्त उपकरण से होना जिसी गैर जाहाजा संस्था या किसी अन्य जाहाजा से नहीं होनी चाहिए।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लौट जीवन कोशिका विवरण प्रदृष्टि की है। योगी पर इसका द्वारा ही पहली या द्वितीय या तीसरी या चौथी या तीव्र या उपकरण/उपकरण का भूलभुल होनी एवं इसका जीवन नहीं है। इसीलिये हास्पातल में योगी के इतनब भूलभुल और योगी जाने की जाहाजा विवरण प्रदृष्टि योगी एवं इस जाहाजा की होती है।

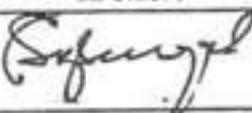
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संकेतित**

Date of Surgery अधिकृत की तारीख 13/2/19	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Consultant Eye Surgeon & Researcher Sankara Eye Foundation & Research Centre	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Dr. Sankar Bagchi MBBS, DNB, FRCR Consultant Eye Surgeon & Researcher Sankara Eye Foundation & Research Centre
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम से हस्पातल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम से हस्पातल 2

