

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0219/3367

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15/02/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

PRAMILA DOLUI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

NEMAI DOLUI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PART NO - 132, MOHANPUR, NORTH 24  
PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOME MAKER

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

## 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 सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| 1                      | PRAMILA DOLUI                                     | 60                         | F              | SELF                                           |
| 2                      | BASUBER DOLUI                                     | 32                         | M              | SON                                            |
| 3                      | SANDEB DOLUI                                      | 35                         | M              | SON                                            |
| 4                      | SEMITRA MITRA                                     | 32                         | F              | DAUGHTER                                       |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के सीधे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प 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 किसे गये किसी 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 लिया गया है?

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





DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 यहाँवा कबल हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा पाया जाता है तो मेरी सहायता निवृत्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता सहायता "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं यहाँ कबल हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रारूप की जा रही है, इस राशि का आर्थिक या समकत किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही पंथिय में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिज्ञान करार)

- 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 donations for 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धीक्षित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/वा दूरसे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मेलन से प्रवर्तित करने के लिये अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पक्षों या नाम से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का विनिर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके कर्म के अनुसार आप अपने काम के अनुसार



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अविनाश, इसाई धर्म और से गायत्री मंत्र को "कॉपीराइट काउन्सिल" से लिखित सन्तानों हेतु विकसित की जाती है, जिसे इन (इसाई) धर्म प्रकार से धर्म व सौकर करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही पक्षिय में विशेष सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उच्च होनी/प्राप्त होने लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टडाउन" से निष्कर्षित/निष्कृत उच्च को संस्थान में "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा पदर होतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा सहायता निरति अधिक/तकस्त होतु नन्तर नही किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकतम भुगतान रखत है। इस पक्ष में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल विशेष पदर उच्च होनी/प्राप्त होतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही होगा/लेगी।

2. "कोशिका फाटनेवाला" से तो यह सामान्य जीवन शक्ति की है। ऐसी या हमसल ड्राइ थी यह सलसल या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुलसल ऐसी एवं हमसल से बीय का किये है और "कोशिका फाटनेवाला" ड्राइ किये प्रकल का कोई दकल नही है। इसलिये हमसल में ऐसी के इलसल सुरल और मने मने की सरी किये/ऐसी ऐसी एवं हमसल की होनी और "कोशिका" की कोई प्रकिया या किये/ऐसी इस सलसे में नही होनी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

|                                                                                     |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                   |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>15/02/19                                      | (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डाक्टर का नाम व इस्तेखार नं. के साथ<br> | (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)<br>नाम, पद एवं इस्तेखार अधिकृत अधिकारी के साथ<br>Shri Shankar Bagchi<br>Susrut Eye Foundation<br>on behalf of Hospital Centre | अन्तिम उपयोग हेतु |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यासी इस्तेखार 1                                         |                                                                                                                                                                    | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यासी इस्तेखार 2                                                                                                                                       |                   |
|  |                                                                                                                                                                    |                                                                                              |                   |