

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.																																																			
APPLICATION No.: K/0519/0270 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 14/05/19 आवेदन तिथि																																																					
NAME of APPLICANT: NIRANJAN BERA आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 69	SEX लिंग M																																																				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: BALAI BERA पिता/हस्तुम्य का नाम																																																							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासस्थान पता UTTAR EAST TELIYAKHALI DUKSA PARA, SANDESKHALI NORTH 2G PARGANNA - 743329 WEST BENGAL																																																							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासस्थान पता - AS ABOVE -																																																							
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)																																																				
TOTAL ANNUAL INCOME: Re 1600x12 = 19200/- कुल वार्षिक आय			(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 मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)																																																							
FAMILY DETAILS परिवार विवरण <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. क्रम संख्या</th> <th>Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम</th> <th>Age (Years) उम्र (वर्ष)</th> <th>Gender लिंग</th> <th>Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>NIRANJAN BERA</td> <td>69</td> <td>M</td> <td>SELF</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>SAASANKA BERA</td> <td>96</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>SWATASRAT BERA</td> <td>30</td> <td>M</td> <td>SON</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						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.	NIRANJAN BERA	69	M	SELF	2.	SAASANKA BERA	96	M	SON	3.	SWATASRAT BERA	30	M	SON																														
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.	NIRANJAN BERA	69	M	SELF																																																			
2.	SAASANKA BERA	96	M	SON																																																			
3.	SWATASRAT BERA	30	M	SON																																																			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये 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) उपभोगका 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:																																																							
Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न																																																							
1. DIAGNOSIS - CHLORACET - LF																																																							
2. SURGERY - IE (SIGS + IOL)																																																							
ASSISTANCE BEING AVAILD for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया प्रो?																																																							
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILD ली गई सहायता राशी																																																			

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण 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) मेरे द्वारा जो सहायता एग्री "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एग्री का अधिक या समतल किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एग्री न्यासी, एन. एच.एस.ए. द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरी इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत 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 इकट्ठा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एग्री उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से न्यासी/एग्री को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) बिना प्रकर से धन्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उभर लेनी/पाने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिक/समतल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद उक्त एग्री/न्यासी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। एग्री या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना गैर उपचार/प्रक्रिया का प्रयोग एग्री एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में एग्री के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ एग्री एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई धुनिया या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/05/19	Dr. Arghya Das MBBS, MS Reg. No. - 69372 Himal Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व एग्री न.	Sankar Bagchi Director Himal Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	