

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : K/0010/1421 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 2/9/19 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : NARAYAN CHANDRA ROY आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 62	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MAHANDRA CHANDRA ROY पिता/कटुम्ब का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता K M ROY CHOWDHURY ROAD, DAKSHIN JAGADDAL, RAIPUR, SONARPUR, SOUTH 24 PARGANAS 700151, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता - AS ABOVE -				
OCCUPATION : UNEMPLOYED व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : ₹ 19000 X 12 = 228000 कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. क्या खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर राज है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये) 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.	NARAYAN CHANDRA ROY	62	M	SELF
2.	MALA ROY	58	F	WIFE
3.	SITHE ROY	34	F	DAUGHTER
4.	RITHE ROY	31	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का पीछे 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचारेदन सूची संलग्न			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु 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 AVAILED ही गई सहायता राशी		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 फॉर्म 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 दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से यदि सहायता मिलेगी, तो उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं की है, उस राशि का आंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी 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/print-up/produce 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 fulfillment 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉन, चरित्र/पत्र द्वारा वृत्तपर से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्येक का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है, मुझे भवतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Narayan ch. Roy

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.

- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संचालन या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरक/पूरक में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिक/सहायता हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संचालन या किसी अन्य संचालन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद उपाय/उपायों हेतु किसी और सहायता संचालन या किसी अन्य संचालन से नहीं लेते/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सीधे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपाय पर हस्पताल द्वारा सीधे सहायता का निर्णय उपाय/प्रक्रिया का चुनाव देती एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में उपाय के इलाज सुरक्षा और अपने अपने को सभी जिम्मेदारों देती एवं हस्पताल को कोई और "कोशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदार इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Gankar Bagchi
Director

Cornea Eye Foundation & Research Centre

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 2/9/19	<i>Dr. Alok Agarwal</i> MBBS, MS, PhD (Eye), FMRF, FSNEC Reg. No. - 58668 Sushiksha Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	<i>Bagchi</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 <i>[Signature]</i>
--	--