

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)	
(स्वास्थ्य देखभाल)		(Healthcare)	
APPLICATION No. : K/0919/1452		APPLICATION DATE : 3/9/19	
NAME of APPLICANT : AJIT BARMAN		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BASUDEB BARMAN		51	M
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता			
15/H/10, HUPARI PURUK ROAD, ULTABANGA MAIN ROAD, KOLKATA 700063, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता			
OCCUPATION : Rickshaw Puller			
TOTAL ANNUAL INCOME : Rs 1700 x 12 = 20400		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
PAN No. :		Attach Proof of Income (आप का साक्ष्य संलग्न करें)	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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
1.	AJIT BARMAN	51	M
2.	ANITA BARMAN	56	F
3.	ROHIT BARMAN	23	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत	
EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे मने निम्न का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अभिलेख/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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एतौ गई सहायता राशि	



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिरावट एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त होगी, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पर्यक्त है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस प्रत्येक की मदद नहीं ली, इस उद्देश्य का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/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/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण करने के लिये उपयोग करे, जिससे वे मेरी मदद के लिये या मेरे लक्ष्यों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से मदद प्राप्त कर सकें।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि भविष्य में उपयोग के लिये प्रेषित है मुझे स्पष्ट है: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य 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 ओर से समर्थन/सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" से विनियमित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विनियमित सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या उस रोगी के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित सहायता/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विनियमित सहायता प्रदान करता है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के हस्ताक्षर और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Shub Sankar Singh
Director

Chief Executive Officer & Managing Director

Date of Surgery
अविवरण की तारीख

3/2/19

Dr. Dhananjay Giri
MBBS, MS
Reg. No. -60578

(Name of Dr. or Reg. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम या हस्ताक्षर या रजि. नं.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम या पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2