

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: K/0010/1563 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 9/9/19 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम SAMAR DAS		AGE-YEARS अनु-वर्ष 75		SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: TARAK CHANDRA DAS पिता/हस्ताक्षर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता 3 DEED, MUKHERJEE ROAD, PARANASREE PALLY, KOLKATA 900060, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता - AS ABOVE -					
OCCUPATION: UNEMPLOYED व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1900 X 12 = 22800 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 दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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 संबंध	
1.	SAMAR DAS	75	M	SELF	
2.	BHABATI DAS	68	F	WIFE	
3.	AHMOK DAS	45	M	SON	
4.	HOMOTA DAS	43	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये बिना आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोग्य 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:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (STES + IOU)				
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 ली 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 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) मैं इस बात को ध्यानपूर्वक स्वीकार करता हूँ कि "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 भविष्य में प्राप्त होने वाले व्यय को मैं, इस दवा की आर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप साफ़ कर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से ज़रूरत से जुड़े प्रतिनिधियों और उपायों के लिये किसी भी प्रकार प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे जाने के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को जारी रखने से प्रभावित है। सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोसे 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.

- हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से सहायता देने की पुष्टि करने की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से सहायता से किसी अन्य स्रोत से उसका पूरा/आंशिक रूप से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमें सहायता मिलेगी अन्य तब तक जब तक कि हमें अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने पर हमें सहायता प्रदान करने की पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हस्ताक्षर करने वाले को सहायता सुरक्षा और अपने जाने की सारी ज़िम्मेदारी होगी एवं हस्पताल को कोई और "कोशिका" को कोई धूमिल या विनोदपूर्ण इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Shib Sankar Bagchi

Director

Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

हमारे पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अपेक्षा की तारीख

9/9/19

Dr. Alok Agarwal
MBBS, MS, PhD (Eye), FMRF, FSNEC
Reg. No. - 68688
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

हस्ताक्षर 2

[Signature]