

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: K/0010/1611	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 10/01/19
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: BHOLA PRAJAPATI	AGE-YEARS अनु-वर्ष: 60 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम: HIRALAL PRAJAPATI
PARENTS RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: VILL DABU HATRA LANE, SHYAMBAZAR, HALAL, KOLKATA 700004, WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: - AS ABOVE -

OCCUPATION: व्यवसाय: UNEMPLOYED	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: RS 2000 X 12 = 24000	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)
PAN No. क्या खाता संख्या: [Blank]	
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): 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.	BHOLA PRAJAPATI	60	M	SELF
2.	MANE PRAJAPATI	64	F	WIFE
3.	SUHZ PRAJAPATI	40	F	DAUGHTER
4.	GANJOY PRAJAPATI	37	M	SON
5.	RAJY PRAJAPATI	35	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्रा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (6203 + 20)

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 ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्हक 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 प्रारूप 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 सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ले पा रहा हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पट पड़ा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या इस प्रारूप की पूर्ति के, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोटीनोसिक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक 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 प्रारूप या अन्य दस्तावेज या अंग्रेज की छाप सहायक, मैं (अर्हक) अपने सहस्ती की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके स्टाफों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में घोषित है, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, दान, प्रचार/प्रसारण के द्वारा वितरित और प्रसारित करने के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रारूप का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे कले के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।

2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयी को निर्णय लेना और सहायता देना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
अर्हक के दस्तावेज या अंग्रेज 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.

हमारे अधिकृत, दस्तावेज की ओर से मन्त्रालयी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता को देते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रारूप हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/सहायता हेतु मन्त्रालयी को दिया जाता है तो हमसब को किसी अन्य या सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकृत सुनिश्चित करता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आस्पताल द्वारा प्रारूप उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं ले रहे हैं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले पाई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ले पाई सहायता या बिना ले पाई सहायता/विधि का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इच्छा अनुसार और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को हाँके और "कोशिका" को कोई सुनिश्चता या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Shib Sankar Bagchi

Director
Saurat Eye Hospital & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
सर्जरी की तारीख

16/9/19

Dr. Dhananjay Giri

MBBS, MS

Reg. No.-60578

(Name of the & Registration No. of the Surgeon)

स्वास्थ्य का नाम व दस्तावेज व पद नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी दस्तावेज 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी दस्तावेज 2

[Signature]