

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : **k/1019/1754**  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : **15/10/2019**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **PARUL BALA RONG**  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

**82**

SEX लिंग

**F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **AJIT RONG**  
पिता/कटुस्थ का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

**237 SUITA KAD ROBA BIDHANNAGAR,  
NORTH 24 PARGANAS ROAD, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

**- AS ABOVE -**

OCCUPATION : **HOUSEMAKER**  
व्यवसाय

MAURIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS19000 X 12 = 228000/-**  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाखल हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No  
हां / 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.	PARUL BALA RONG	82	F	SELF
2.	NYRMAI SINGHA	57	F	SON
3.	DILIP RONG	54	M	SON
4.	PRADIP RONG	50	M	SON
5.	HADHARS J.	48	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विधि 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSTIC — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (STIC + TOL)

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 सी गई सहायता राशि

**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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन आसलत प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में या भविष्य में भी, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या से मदद नहीं ली जाएगी और न ही भविष्य में ली जाएगी।

**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 लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी छाप/अंगूठे की छाप द्वारा "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें, इसके "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों से मेरी छवि/विवरणों को प्रसारित करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन और/या उसके गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरी इच्छा के बिना "कोशिका फाउंडेशन" या भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी इच्छा के प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरी इच्छा के बिना "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों से मेरी छवि/विवरणों को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरी इच्छा के बिना "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों से मेरी छवि/विवरणों को प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।

**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 Authorized 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, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ/अंगूठे की छाप "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण से लाभ या स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं लेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/अलग हेतु मांग की जायेगी तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति में होगी और कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उचित पर हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता का निर्णय लेने का अधिकार सुरक्षित है और कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अभियोग की तारीख <b>15.10.2019</b></p>	<p><b>Dr. Dhananjay Giri</b> MBBS, MS Reg. No:-60578 Koshika Eye Foundation &amp; Research Centre (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) नाम का नाम या हस्ताक्षर या छाप</p>	<p><b>Shib Sankar Bagchi</b> Director Koshika Foundation &amp; Research Centre (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) नाम या पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>
	