

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. : K/10/9/1767

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 16/10/2019

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : LAKSHMIKANTA GAIN

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : NAGEN GAIN

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

NARAYAN PUR, HADGA, NORTH 24 PARAGANAS,  
743502, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : UNEMPLOYED

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1700X12 = 20400/-

कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्वयं छात्र संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता 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 संबंध
1.	LAKSHMIKANTA GAIN	69	M	SELF
2.	KOUSHA GAIN	65	F	WIFE
3.	KRISHNA GAIN	32	M	SON
4.	SABITA GAIN	29	F	DAUGHTER

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

\*PURPOSE\* for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/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 सी 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आरूप 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 वित्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त है, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस आरूप में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में कभी भी इस सहायता के लिये, पूर्ण या आंशिक रूप से, 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 & authorize 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 प्रकार पत्र अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक सचिवालय को मुझ पर "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, इसके "कोशिका" एन.पी.ओ. के माध्यम से, कथन/प्रकाश द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये, जिसमें वित्तिय सहायता और/या जानकारी के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार शामिल करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरी इच्छा के बिना या मेरे पत्र के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस प्रकार घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य के पूर्ण करने के लिये प्रकाशित किया जा सकता है। इस प्रकार का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रकार मैं "कोशिका" एन.पी.ओ. के माध्यम से प्रचारित और सहायता करता हूँ।

**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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से घोषणा करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग के लिये या हेतु ली जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस प्रकार मैं स्पष्ट करता हूँ कि हस्पताल द्वारा प्रदान उक्त सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेया/लेयी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

**Dr. K. Ghosh**  
MBBS, D.O, DNB, FRCS  
Reg. No.-50071  
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

**Shib Sanjay Bagchi**  
Director  
Susrut Eye Foundation & Research Centre  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
नाम या पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
अपरेशन की तारीख  
**16-10-2019**

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम या हस्ताक्षर के साथ

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2