

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 2/1014/1773
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 16/10/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : ANJALI KONRA
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 45
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GOPAL KONRA
पिता/कटुम्ब का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
JAYAPUR, BARDHAMAN 713166, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : HOUSEWIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1600 X 12 = 19200/-
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 दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sl. 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. | ANJALI KONRA | 45 | F | SELF |
| 2. | GOPAL KONRA | 50 | M | HUSBAND |
| 3. | JHUMA KONRA | 23 | F | DAUGHTER |
| 4. | SUSHANTA KONRA | 21 | M | SON |
| 5. | MAHADEB KONRA | 25 | M | SON |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

| | | | |
|--|---|--|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) पटवई रेटा 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:

| Sl. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से मांगे की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|---|
| 1. | DIAGNOSIS — CATARACT — LE |
| 2. | SURGERY — LECTICIS + IOL |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sl. 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 यहाँ 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 विरत की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में सूचित किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार, पूर्ण या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगारदाता/बीमा कंपनी से न तो सहायता लेगा और न ही क्षतिपूर्ति मांगेगा।

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/post-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) कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रसारित करें, उसे "कोशिका" फाउन्डेशन द्वारा प्रचारित करने के लिये उपयोग करें और मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी मेरे नाम को "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रसारित कर सकें।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन के भरोदारों से प्रसारित करने के लिये उपयोग करने से "कोशिका" फाउन्डेशन को कोई भी अधिकृत नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" फाउन्डेशन के 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता-पत्र को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) वित्त प्रसारण से लाभ या स्वयंसेवा करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी के लिये मांगी जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के समय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/असमर्थ हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारा कोई भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता संगठन सिफारिश कर रहा हूँ। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने धर्म की सही विधि/रिवाजों के साथ ही होगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. K. Ghosh RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
MBBS, D.O, DNB, FRCO
स्वीकृति के लिये संस्तुति

| | | |
|--|--|---|
| Date of Surgery अपरेशन की तारीख 16.10.2019 | Reg. No.-50971 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप | Shubhankar Singh Director Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) रोगी या रोगिणी हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|--|--|---|

| | |
|--|---|
| FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गीकृत उपयोग हेतु | |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 भारती हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 भारती हस्ताक्षर 2 |
| | |