

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2078 APPLICATION DATE : 11/11/2019

NAME of APPLICANT : SHIMULBALA NASKAR AGE-YEARS 69 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : PARUSHU RAM KAYEL



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : THAKURANBERIA, SOUTH 24 PARGANAS, 743336, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : ₹1700 x 12 = 20,400/- (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 अवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SHIMULBALA NASKAR	69	F	SELF
2.	JONARDBAN NASKAR	73	M	HUSBAND
3.	RAHIMANNU NASKAR	42	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विधि अन्त

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे उपयुक्त पर (उपयुक्त पर की छाया प्रती संलग्न करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग उपयुक्त पर (उपयुक्त पर की छाया प्रती संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (उपयुक्त पर की छाया प्रती संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे क्या विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/वैद्यक से जारी की गई दवाइयों प्रतिलिपि 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 एकी गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यर खेपण कर)**

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
  - 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताना है।
  - 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी तरह से, इस मदद का अतिरिक्त या अलग-अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यर कर)**

- 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 का छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपने सम्बन्धी को उचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, छाप, बिक्री/व्यापार के माध्यम से मुझे प्रचारित करने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के बारे में यह नहीं बताने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित है।
  - 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रचारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य को प्रचारित करने और जानकारी देना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :  
अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्यर कर)**

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 करके, हमारे द्वारा यहाँ पर "कोशिका फाउन्डेशन" को भविष्य में सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि हम अभी तक और भविष्य में किसी भी अन्य सहायता किसी भी सहायता संपन्न या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए नहीं ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश करने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अतिरिक्त/अलग हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संपन्न या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस उचित में स्पष्ट बना जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु सिफारिश करने का किसी अन्य सहायता से नहीं संबंधित है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज प्रकरण को मैं सहायता या किसी गैर-वित्तीय/वित्तीय का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और गवने करने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकार के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>19/11/2019</b>	Dr. K. Ghosh MBBS, D.O, DNB, FRCO Reg. No. 50971 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Sankar Bagchi (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Susrut Eye Foundation on behalf of Hospital हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भारती हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भारती हस्ताक्षर 2 
-------------------------------------------------	-------------------------------------------------