

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2019 APPLICATION DATE : 12/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : BULAKANI ADAK AGE-YEARS 70 SEX F
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MANMATHI DAS
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DEULPUR, HAORA, 711411, WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
स्थायित आवासीय पता



OCCUPATION : HOUSEMAKER MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1500 X 12 = 18000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आप का दाय्य प्रमाण)

PAN No. साईं छाया संछा
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी का निशान लगाएं) 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.	BULAKANI ADAK	70	F	SELF
2.	RAJAT ADAK	36	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाप प्रेषित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाप प्रेषित करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की छाप प्रेषित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किन्से पने बिपरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (CICS + 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 राशी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्य प्रवेण 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन उपलब्ध प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं यहाँ पर हूँ, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में परत गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस उचित का अधिकतम या प्रत्यक्ष किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्य करण)

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.

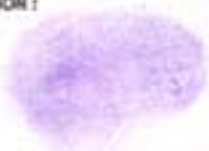
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ पर यहाँ पर यहाँ पर यहाँ पर "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, मासिक पत्र, वार्ता, अखबार, पत्रिका, वेबसाइट, ऑनलाइन पत्रिका, ऑडियो वीडियो के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका प्रसारण भी करता हूँ कि वे मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित करे।

2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन या अखबार और मासिक पत्रिका द्वारा

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्य करण)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से यहाँ पर यहाँ पर "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से नाम व सौकर करते हैं।

1) यह कि मैंने अभी और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिनी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु उक्त रोगी/रोगिनी को "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करना चाहता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगिनी हेतु किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैंने सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर ह्य करण के माध्यम से रोगी/रोगिनी का उपचार रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य चीजों को सही विधि/रूप में रोगी एवं हस्ताक्षर की रोगी और "कोशिका" को कोई भी प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/12/2019</p>	<p>Dr. Archya Das MBBS, MD Reg. No.-89372 S (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) Centre हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Dr. Sankar Bagchi Director Koshika Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राथमिक हस्ताक्षर 1 </p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राथमिक हस्ताक्षर 2 </p>
---	---