

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: K/1119/2108
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 12/11/2019
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: PRADIP BASAK
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 62
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: HIRALAL BASAK
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
KATAGOPENDRA STREET, HATKOLA
KOLKATA 700005 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: UNEMPLOYED
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: RS 1700 X 12 = 20400/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्ट करें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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.	PRADIP BASAK	62	M	SELF
2.	ANNOPURNA BASAK	60	F	WIFE
3.	SARJISHTHA BOSE	32	F	DAUGHTER
4.	SUPARNA MANNA	28	F	DAUGHTER

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

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबों के पैसे प्रदान पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) रसमोला कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट प्रस्तुत करें)	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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची प्रस्तुत करें
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — LE
2.	SURGERY — LE (SICS+IOL)

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक वर्ष 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख है।
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरे परिवार को कोई भी मदद प्राप्त नहीं होगी, इस उद्देश्य का आर्थिक या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" को प्रचारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेमंद" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रचारित करें, इसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नाम, पता, तस्वीर या अन्य विवरण से जुड़ी विविध माध्यमों और उपकरणों के माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रकार का प्रचारित मेरी इच्छा के बिना या मेरे बिना के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से किया जा सकता है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रचारित करने के उद्देश्य से प्रचारित किया जा सकता है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्य का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा प्रस्तावित इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार 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/मरीजों के लिये या से ली जाए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश नहीं की जाती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चयन रोगी/रोगी का चयन रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हॉस्पिटल सहायता में रोगी के इलाज सुलभ और अपने अपने को सही विधि/उपचार देगी एवं हॉस्पिटल को रोगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Shib Sankar Bapatli

Director

Eye Hospital & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद इसका अधिकृत अधिकारी

Dr. Arghya Das
 1985, MB
 Reg. No. - 69372
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 डॉक्टर का नाम व 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