

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2110 APPLICATION DATE : 12/11/2019

NAME of APPLICANT : GAYATRI HALDAR AGE-YEARS 53 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BUDHISHWAR HALDER

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : AMDOLE, GAZIPUR, SOUTH 24 PARAGANAS
743886, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE



OCCUPATION : HOMEMAKER MARRIED (गिपणित) / UNMARRIED (अगिपणित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1800 X 12 = 21600/- (Attach Proof of Income)

PAN No. XXXX XXXX ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	<u>GAYATRI HALDAR</u>	<u>53</u>	<u>F</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>KISHOR HALDAR</u>	<u>23</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>
3.	<u>PRANSHU HALDAR</u>	<u>20</u>	<u>M</u>	<u>SON</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
<input type="checkbox"/> EPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किये का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
<u>1.</u>	<u>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</u>
<u>2.</u>	<u>SURGERY - LE (STIC + IOL)</u>

ASSISTANCE BEING AWAILED FOR SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED

DECLARATION by APPLICANT: अर्शेक ह्यु फोरम 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य ज्ञान अथवा सत्य ज्ञान है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं ह्यु फोरम पर सहायता प्राप्त "कॉशिका फाउन्डेशन", से ही आ रही है, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में भी मैं सहायता को नहीं हूँ, उस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही लिया मैं हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यु फोरम)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अर्शेक फोरम को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कॉशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारण करने के लिये उपयोग में आने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या पत्र में करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे प्राप्त: सहायता का इस्तेमाल नहीं करना इस सम्बंध में "कॉशिका" द्वारा प्रसारित माध्यमों का निर्देश अतिरिक्त और आवश्यकता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्यु फोरम)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित की "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) वित्त प्रस्ताव से मान्यता प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि मैं से वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उचित उद्देश्य के लिये नहीं है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की संभव है "कॉशिका फाउन्डेशन" ह्यु फोरम हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" ह्यु फाउन्डेशन सिफारिश अतिरिक्त/अन्य स्रोत से प्राप्त की बिना हम है तो आवश्यकता किसी अन्य स्रोत सहायता संभव या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आवश्यकता सिफारिश प्रदान उचित उद्देश्य हेतु किसे और सहायता प्रदान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उद्देश्य पर हस्ताक्षर ह्यु फोरम अर्शेक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर के बीच का विवरण है और "कॉशिका फाउन्डेशन" ह्यु फोरम प्रस्ताव का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में उद्देश्य के अनुसार प्रस्ताव और मान्यता को सही विधि/प्रकार से ही हस्ताक्षर की होगी और "कॉशिका" को कोई भी विवरण या विवरण/प्रकार इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संसुक्ति

<p>Date of Surgery अभियोग की तारीख 18/04/2019</p>	<p>Dr. Arghya Das Surgeon (Name of Dr. to Sign, with Stamp) अर्शेक के नाम के हस्ताक्षर के लिए डॉ. के केंद्र</p>	<p>Shub Sankar Dasgupta Director Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम पर पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राची हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राची हस्ताक्षर 2</p>