

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1119/2135 APPLICATION DATE : 13/11/2019
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : KALAY BRAHMACHARI AGE-YEARS 55 SEX M
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : ARUN BRAHMACHARI
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS जर्मिन आवासीय प्लॉट
JAFARDIK, SABINDRADALLY, MAHANPUR
TITAGARH, NORTH 24 PARGANAS TOWN-2,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय प्लॉट

AS ABOVE



OCCUPATION : FARMER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1900 X 12 = 22800/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्वास्थ्य खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें) 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.	<u>KALAY BRAHMACHARI</u>	<u>55</u>	<u>M</u>	<u>SELF</u>
2.	<u>SABONI BRAHMACHARI</u>	<u>52</u>	<u>F</u>	<u>WIFE</u>

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का प्रमाण पत्र (आय का प्रमाण पत्र जो अलग प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (आय का प्रमाण पत्र जो अलग प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रशन कार्ड (आय का प्रमाण पत्र जो अलग प्रती प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्ने लक्ष्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उचित/अनुचित प्रती प्रस्तुत करें
1.	<u>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</u>
2.	<u>SURGERY — RE (STIC + IOL)</u>

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 तक सहायता मिली

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 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 पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त भी हो सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी प्रकार से, पूर्णतः या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से उस राशि के लिये और न ही भविष्य में ऐसा।

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/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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) आवेदक के रूप में सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करें, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउन्डेशन और/या उसके गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये जानकारी को प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का प्रकाशन और प्रकाशित करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" का अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त की गई सहायता का इस्तेमाल नहीं करना इस प्रारूप में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये अंतिम और अविभाज्य 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 को देकर, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदाता से प्राप्त करने का इच्छुक हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी प्रकार से वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से प्राप्त नहीं करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये आवश्यक है, जब तक कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है, तो हमें सहायता प्रदान करने के लिये अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज़ में स्पष्ट किया गया है कि अंततः वित्तीय सहायता हेतु किसी भी स्रोत से सहायता प्रदान की नहीं जाएगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त प्रस्तावित उपचार को चुनने पर हस्ताक्षरकर्ता का पूर्ण उत्तरदायित्व होगा और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई प्रभाव नहीं होगा। उपरोक्त हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा उपचार चुनने और उसे करने की सभी जिम्मेदारियाँ उपरोक्त हस्ताक्षरकर्ता की होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Priyanka श्रीप्रिया के. सिंह, संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/11/2019</p>	<p>Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर करने वाले हस्ताक्षरकर्ता के नाम, पद और छाप</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर</p>
---	---