

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **K/1210/2800** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : **01/12/19**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : **SAMNUR BEWA** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **59** SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्रिय का नाम : **NASED**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता :
SANMATTI NAGAR, RAGHUNATHGANJ II, MURSHIDABAD 742213, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
- AS ABOVE -



OCCUPATION / व्यवसाय : **HOME MAKER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : **RS 1800 x 12 = 21600/-** (Attach Proof of Income / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्ट करें ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / हाँ / No / 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.	SAMNUR BEWA	59	F	SELF
2.	TUYERA BEBI	35	F	DAUGHTER
3.	TAJEMUR BEBI	30	F	DAUGHTER
4.	MAMTUL SK	23	M	SON
5.	SAMTUL SK	22	M	SON

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
---	---	--	--

***PURPOSE* for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु दिने गये विधियों का उद्देश्य:**

Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुची संलग्न

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
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 लिया गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा घोषणा करें)

- 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 गलत बयान या कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में घोषित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या भविष्य में पूर्ण रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही स्वीकार करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा करत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 (अर्पणक) अर्पणक को घोषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा यादगार, पत्र, संचारण करने वाले माध्यम से मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का निराला मेरे इरादों के पालन या न करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवं उसके अधिकारियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करत)

- 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 सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सत्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/प्रक्रिया हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु या स्वीकार्य सुनिश्चित करना है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश प्रदाता उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं सहायता हेतु।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी/रोगी के लिये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए सहायता में रोगी को सहायता सुनिश्चित और अपने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Amit Budrukkar

Shib Sankar Bagchi
Director

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Reg. No.-77461
MBBS, DNB (Ophthalmology), FICO,
Fellowship in Glaucoma
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छापें, व

Shree Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

11/12/19

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2