

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: K/1219/2004 APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 11/12/19

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: BHAGIYA DAS AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 64 SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: SHYAMAPADA DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: SAHAJANPUR, SAMMATIYAGAR, DORALIA, MURSHEDABAD 742213, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: - AS ABOVE -



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

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: RS 1800 x 12 = 21600/- (Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / आय का संचयन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 संबंध
1.	BHAGIYA DAS	64	F	SELF
2.	PRASHANT A DAS	39	M	SON
3.	KADHA RANI GHOSH	36	F	DAUGHTER
4.	DEB GHOSH	32	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

EPL Card (Attach Card Copy) महिला सेवा के बीच प्रदान पर (प्रदान पर की छाया प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रदान पर (प्रदान पर की छाया प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रदान पर की छाया प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	--

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STCS + SOL)

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

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

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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा सत्य नहीं है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से यदि मैं सहायता प्राप्त करता हूँ, तो मैं उसे केवल इस प्रारूप में उल्लिखित उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में उल्लिखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त की है और न ही प्राप्त करने की योजना है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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/print-up/produce 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 (आवेदक) आवेदक के रूप में "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित किया जा सकता है, जो दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग करेगा। इस प्रकार, मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के उपयोग के लिए प्रकाशित किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के उपयोग के लिए प्रकाशित करने से मेरी सहायता प्राप्त करने का कोई भी अधिकार नहीं है। इस सहायता का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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.
- हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने की योजना नहीं बना रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता पूर्णतः अथवा आंशिक रूप से नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई भी अधिकार नहीं है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चयन रोगी और हस्पताल के बीच की सहमति पर आधारित होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई भी अधिकार नहीं है। हस्पताल को रोगी के उपचार का पूर्ण और अंतिम ज़िम्मेदार होना ही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Amit Budrukkar

Shib Sankar Begchi

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

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	