

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/1219/2013 APPLICATION DATE : 13/12/19

NAME of APPLICANT : BIMALA DAS AGE-YEARS 77 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : BADAL DAS



PRESENT RESIDENCE ADDRESS : DHORADAWA, KAREMPUR II, NADDA, 741152, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : — AS ABOVE —

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

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

PAN No. 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.	BIMALA DAS	77	F	SELF
2.	PALAN DAS	51	M	SON
3.	HARAN DAS	48	M	SON

BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof
(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Copy)	(Attach Copy)

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे नये विपत्ती का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

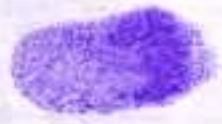
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिरावट एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरे परिवार के सदस्यों को कभी भी, इस रकम का वापस करने या पूर्णतया या आंशिक रूप से वापस करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयास नहीं किया जाएगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कर)**

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक शर्तों को स्वीकार करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए उपयोग में लाने का हक है, जो कि मेरे इच्छित उद्देश्य के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य के लिए प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 3) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य के लिए प्रकाशित करने के लिए "कोशिका" द्वारा उद्देश्य के लिए प्रकाशित और प्रसारित किया जा सकता है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)**

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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षर को अंगुठी से लगाकर "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता दी जाती है:

- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिए नहीं मांगेंगे, जो किसे हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हमें सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं है कि हमें अन्य सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त हस्ताक्षर को अंगुठी से लगाकर "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जो किसे हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, जो किसे हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>13/12/18</p>	<p>DR. KOUSIK SARKAR Reg. No - 67279 (WEMA) MS. Fellowship in Cataract &amp; Microsurgery</p> <p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p>	<p>Shib Sankar Bagchi Director Gauri Eye Foundation</p> <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु**

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