

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1219/2026** APPLICATION DATE : **14/12/19**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **SANDHYA HAZRA** AGE-YEARS **59** SEX **F**
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **MDIYAGOPAL HAZRA**
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS **घराना अवस्थान पता**
GHOSH HAT, PALPARA, KATWA, HARIDHAMAN
713130, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **घराना अवस्थान पता**
AS ABOVE



OCCUPATION : **HOMEMAKER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. **रपत/आय संख्या** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**
आय संख्या क्या है (जो मान्य हो उस पर तिकी का निशान लगाये) 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.	SANDHYA HAZRA	59	F	SELF
2.	SIMA MAJUMDAR	33	F	DAUGHTER
3.	KANJEET HAZRA	31	M	SON
4.	KATYA HAZRA	27	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) **सहायता के लिये विनियम अंश**

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का प्रमाण पत्र (अपना पत्र को साथ डालें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (अपना पत्र को साथ डालें)	Ration Card (Attach Copy) रपयोजना कार्ड (अपना पत्र को साथ डालें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: **सहायता हेतु किसे करने विनियम का उद्देश्य:**

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिपत्र से साथ को गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
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 एक ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: अर्सेक द्वाय घोषण कर:

- 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 घोषण करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में अलग रूप में गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त की जा रही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता पत्र है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने पिछले समय में या भविष्य में कभी भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता ली है और न ही घोषित में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक द्वाय करण)

- 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 में अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली छापकर, मैं (अर्सेक) अर्सेक घोषणा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण में घोषित करें, जो "कोशिका" दान, प्रकाशक दान, उद्देश्य के पुरो-प्रचार/विपणन और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सभ्यता से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निराला मेरे प्रकरण के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्सेक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे सहमति के प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का निराला मेरे प्रकरण के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्सेक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वाय करण)

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, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ-यहाँ की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) द्वारा प्रदान से सहायता नहीं करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त करने का कोई अधिकार है, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये सिफारिश की जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपरोक्त हस्पताल द्वारा दी गई सहायता का चुनाव उपरोक्त हस्पताल के चिकित्सक की ओर "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में उपरोक्त सहायता प्राप्त और अपने कर्तव्य को सही विधि-विधान से उपरोक्त हस्पताल को सौंपे और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

<p>Dr. Diptesh Das RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE Reg. No. - 64686 (WBMC) स्वीकृति के लिये घोषण</p>		<p>Shib Sankar Bagchi Director Susrut Eye Foundation & Research Centre</p>
<p>Date of Surgery अर्सेक की तारीख</p> <p>14/12/19</p>	<p>M.B.B.S., D.O. Susrut Eye Foundation & Research Centre</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, र</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>

<p>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु</p>	
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>