


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : K/0820/0009	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 11/08/2020			
NAME of APPLICANT : आवेदन का नाम : SANJIB NASKAR	AGE-YEARS उम्र-वर्ष : 45Y	SEX लिंग : M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम : Lt. GOPINATH NASKAR				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता CHANDAHATI, BARUIPUR, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL - 743330				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता SAME				
OCCUPATION : व्यवसाय : Unemployed				
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)				
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 24000/-	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)			
PAN No. (यदि प्राप्त संख्या)				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):				
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 आवेदन के साथ सम्बन्ध
1	SANJIB NASKAR	45	M	SELF
2	REKHA NASKAR	25	F	WIFE
3	SUTAPA NASKAR	18	F	DAUGHTER
4	SANKAR NASKAR	19	M	SON
5	SABITRI NASKAR	70	F	MOTHER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विहित आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये निशानों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
	diagnosis - Cataract with VR			
	Treatment - Phaco IOL PPV-250r EL 501 Un GA			
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 एवं गई सहायता 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रस्तुत प्रस्ताव को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस प्रकरण के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायता प्राप्त करूँगा, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं इस प्रकरण के लिये, इस रोग का चिकित्सा या सहायता प्राप्त किसी अन्य प्रोडिगोस/व्यक्तिगत/व्यापारिक/कर्मचारी से न ले लिये हूँ और न ही स्वीकार करूँगा।

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 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 के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों को स्वीकार करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करेंगे, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, स्वास्थ्यकर्ता द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या कार्डों में लिये "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रकाशित है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य से प्रकाशित करने के लिये कोशिका फाउन्डेशन का अधिकार नहीं बदलता। इस मामले में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टरों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



Sample Signature

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता प्राप्त करने के लिये कोशिका फाउन्डेशन से प्राप्त की जायेगी, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की है। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता वित्तीय/व्यक्तिगत/व्यापारिक/कर्मचारी से नहीं ली जायेगी तो हमें सहायता किसी अन्य सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता वित्तीय प्रकार से ही प्राप्त करनी है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही नई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्रकरण में सहायता के लिये हमने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे डॉक्टर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता के लिये हमें सहायता प्राप्त करने का पूर्ण अधिकार सुरक्षित रखते हैं और कोशिका फाउन्डेशन को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. Prabhakar
MBBS (MS, FRCS)
Jugal Eye Foundation & Research Centre



Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
11/08/2020

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, २

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

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