

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0820/0010 APPLICATION DATE : -19/08/20
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Lalit Soni AGE-YEARS आयु-वर्ष 41 SEX लिंग male
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : RATAN SONI
पिता/कटुम का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता
A/c 87 Salt Lake North 24, Park Road
700091, WEST BANGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

OCCUPATION : Unemployed MAILED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : This time NO income 6000 per month
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण संलग्न करें)
परमाह

PAN No. स्थायी खाता 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 सम्बन्ध
1	Jyoti SONI	42	F	wife
2	Nandini Soni	18	F	Daughter
3	Raviw Soni	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न की)	EYS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagn - vit-peous Hba:11.6mmol/l
2	treatment - ppi + mpt fag + G.D.E.I + 501/238 ↓ L.A

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कब से कब तक से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED री गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान चेषना 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 यहाँ चेषना 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 सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग वही उद्देश्य की पूर्ति के लिये विशुद्ध रूप से, जो इस प्रकरण में पद पत्र है।
- 3) मैं यहाँ चेषना करता हूँ कि भविष्य में भी मैं इस सहायता के लिए, इस रोग का आर्थिक या चिकित्सा विचार किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान करण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप प्रत्यक्ष रूप से (आवेदनकर्ता) अपने चेषना की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके सहायकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" दान, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, उत्सवों में मुद्रित विज्ञापनों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरी हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्यों के अंतर्गत ही प्रयोग करने के लिये सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" दान उसके अधिकारियों का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान 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 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को सिफारिश करने वाले के रूप में, हम (हस्ताक्षरकर्ता) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" दान कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" दान सहायता सिफारिश/सिफारिश के लिए सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश पर उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं लेनी है।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज दान से नहीं किया जा सकता है और "कोशिका फाउन्डेशन" दान किसी प्रकार का कोई दान नहीं है। इसलिये हस्ताक्षरकर्ता रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्ताक्षरकर्ता की होती हैं और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Prosenjit Mondal
MBBS, MS, FVRS
Reg. No. 59019
Susrut Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर या छाप



Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
19-08-2020

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु
Susrut Eye Foundation & Research Centre

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आवेदक हस्ताक्षर 1
Reg. No. 58825
Susrut Eye Foundation & Research Centre

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आवेदक हस्ताक्षर 2