VRN-C-20-10-1089

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika Foundation
Building block of life.



Pre-op Post-op
(0134) Sabita Bhowmik

APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	V/1120/0134	APPLICATION DATE: आवेदन तिथी	10/11/20
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Sabita Bhowmik	AGE-YEARS आयु-वर्ष	56
		SEX लिंग	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम	Rabi t Bhowmik		

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
Master mind school Tarana, Tarankasha
(Saraswati Colony), Distt. Ujjain, M.P. 456665

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
Same As above

OCCUPATION: व्यवसाय	Nil (Stay in vidhwa ashram)
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	NA
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	NA
PAN No. स्थाई खाता संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आयकर दाता है (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाये)	Yes / Na हां / नहीं ✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	Sudipta Bhowmik	late	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	RE - Senile Cataract
	LE — Senile Cataract
	Surgery — (RE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
i	VDCS	2000/-

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 liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purposes 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 the requirement in part or in full, from any other source/employee insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि 'कोशिका फाउंडेशन' से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या पूरा हिस्सा किसी अन्य धर्मार्थ/परोपकारी/लोक कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 its Trustees to use/circulate/reproduce my name, address, photo & details of the 'purpose', for which such assistance is requested/granted, through any media, 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 any treatment or fulfilment 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 be 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपना सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं 'कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है उसे "कार्यिक" एवम् न्यासे, पत्र, पत्रिका या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और दस्तावेजों के लिये किसी भी प्रकार पालन

में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण भरे जाने के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" ये न्यासे अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस प्रपत्र में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Sabita Bhowmik

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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 administered 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षरों की और से मरीज/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान व स्वीकार करते हैं

1) यह कि न तो अभियान और न ही भविष्य में निर्धारित हस्पताल किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में कोई सहायता नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निवेदन किया है के मामले में 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा मदद हेतु लिये हैं। यदि 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा सहायता निर्णय आंशिक/अपर्याप्त हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत/संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल निर्णय पर्याप्त अथवा गैर-भुगतान हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत/संस्थान से सहायता नहीं लेगा/लेगी।

2 "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी हस्पताल द्वारा वित्तीय सहायता ली है। यह एक वित्तीय प्रकृति की है। यह उपचार/प्रक्रिया जो हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या रिपोर्ट पर आधारित/प्रकृति का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है। जो 'कोशिका फाउंडेशन' द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हस्पताल इसमें रोगी के इलाज सुरक्षा और आगे आने वाली किसी रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को आने वाली किसी या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Ashwini Kumar
M.B.B.S., M.S. Ophthalmology
Reg. No. -68028

Date of Surgery
शल्यक्रिया की तारीख
20/11/20

Time _____ Date _____

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर के नाम व हस्ताक्षर व रजि न

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

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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