

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. : K/0717/0553 APPLICATION DATE : 11.07.17

NAME of APPLICANT : KALICHARAN SHAH AGE-YEARS : 63 SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : HARIKRISHAN SHAH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : पता जहाँ आप

42 BHAGABATI CHARRAN CHATTERJEE STREET
KAMARHATI BELGHARIA NORTH 24 PARGANAS
700056, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

AS ABOVE

OCCUPATION : UNEMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)
(आप का वार्षिक आय)

PAN No. : नहीं दिया गया

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर छह का निशान लगाएं) हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	KALICHARAN SHAH	63	M	SELF
2	RAMONI DEBI SHAH	55	F	WIFE
3	SAHJAY SHAH	32	M	SON
4	RANJIT SHAH	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किए गए किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आवेदक के द्वारा की गई इतिवृत्त सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- RE
2.	SURGERY- RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें):

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन सत्य सच साबित हो तो मेरी सहायता प्रदान की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति):

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 मेरी हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये उपयोग करें और/या जानकारी प्रसारित करने के लिये उपयोग करें। इस प्रकरण में मेरी सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य स्रोत से सहायता मिलने से मैं स्वतंत्र हो जाऊँगा।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिये माँगा गया है, स्वतंत्रता के लिये माँगा गया है। इस सहायता का उपयोग मेरी सहायता के लिये "कोशिका" समूह, पत्रिका, दूर, या अन्य किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिये उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति):

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर करने वाले और/या अंगुली का छाप करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिये माँगा जा रहा है, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के बिना माँगा जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता माँगने की आवश्यकता नहीं पड़ेगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता माँगने की आवश्यकता नहीं पड़ेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसे वित्तिय प्रयुक्त किया जायेगा। हमें यह स्पष्ट/प्रमाणित करने के लिये आवश्यक है कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता माँगने की आवश्यकता नहीं पड़ेगी। हमें यह स्पष्ट/प्रमाणित करने के लिये आवश्यक है कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता माँगने की आवश्यकता नहीं पड़ेगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृति/निस्तुति का निश्चय सहायता)

ACCEPTANCE
सहमति

REJECTION
निस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Prosenjit Mondal
MBBS, MS, FVRS
Reg. No. 51078

Sankar Eye Foundation & Research Centre

(Name of Dr. & Regs. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व पता सह स्टैम्प

Sankar Bagchi
Director
Sankar Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
सहमति पर हस्ताक्षर/अंगुली का छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक उपयोग हेतु)

SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
निस्तुति

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2