

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation BUILDING BLOCK OF LIFE.	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : K/0717/0555		APPLICATION DATE : 11.07.17 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : KAMALA DEVI		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 64		SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MAYA DAS पिता/पति का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता 186 NATHATI JUTEMILL PARK LINE, HAZINAGAR, HALISAHAR-23, NATHATI, NORTH 24 PARGANAS, 748155 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता — AS ABOVE —					
OCCUPATION : HOUSE WIFE व्यवसाय					
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)	
PAN No. यदि प्राप्त हो तो :					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) Yes / No क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) 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 से क्या संबंध	
1	KAMALA DEVI	64	F	SELF	
2	MAYA DAS	77	M	HUSBAND	
3	SARMILA DEVI	40	F	DAUGHTER	
4	MONJY KUMAR DAS	36	M	SON	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए कितने आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) राश्री रेशन कार्ड की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगग्रस्त/दवाखाना से जारी की गई डॉक्टरों द्वारा जारी प्रमाण				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED तो वह सहायता कितनी	

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं अथवा सत्य नहीं था है तो कोई सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रस्ताव में बतल गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु या भविष्य की नहीं है, उस सहायता का उपयोग या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी 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 & authorize 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रस्ताव पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एम्बल्म, पोस्टर, पत्र, समारोह पुस्तिका आदि माध्यम से मुझे सहायता हेतु प्रचारित करने के लिये उपयोग करे।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों के प्रचारित हैं मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बल्म, पोस्टर, पोस्टर और अन्य माध्यमों का प्रचारित और उपयोग करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगुली की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रस्तावित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से कार्य न कर सकें।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रचारित उक्त के सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" इस बात हेतु कि मैं, मैं "कोशिका फाउंडेशन" इस सहायता निरास अधिकृत/निरास हेतु प्रचारित नहीं किया जा रहा है जो अस्पताल किसी अन्य है, सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ साथ यह है कि अस्पताल प्रत्येक मामला उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। चूंकि या हस्ताक्षर इससे यह नहीं करता है कि हमें कोई उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देनी एवं हस्ताक्षर के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" इस किसी प्रस्ताव का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में कोई भी हस्ताक्षर प्रचारित और अन्य कार्य की सही जिम्मेदारी देनी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई प्रचारित या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निरास का निर्णय लें)		ACCEPTANCE सहमति	REJECTION निरास
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11.08.17	Dr. Prosenjit Mandal MSBS, MS, FRCS Reg. No. 57015 Sri Net Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व पता/पता व पता	Shib Sankar Bagchi Director Sri Net Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हस्ताक्षर व पता/हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंतर्गत उपयोग हेतु)

SANCTIONED सहमति	REJECTED निरास	SIGNATURE of TRUSTEE 1 अधिकृत हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अधिकृत हस्ताक्षर 2