

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0717/0601

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/05/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

KALIDAS DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

TARAKNATH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PART NO-96 CHAMPAPUKUR, NORTH 24
PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 1600 x 12 = 19,200/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. टैक्स का प्रमाण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर 'हाँ' का चिह्न लगाएं)

Yes (हाँ)

हाँ / 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 से संबंध
1.	KALIDAS DAS	57	M	SELF
2.	ASALATA DAS	50	F	WIFE
3.	RATO DAS	25	M	SON
4.	PRATIMA DAS	25	F	DAUGHTER
5.	SANJU DAS	22	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये कितनी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से जारी की गई प्रमाणित दवा
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED तो 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई कोई विवरण सत्य नहीं माना जा सकता है जो मेरी जानकारी के अनुसार सही नहीं है।
- 2) मैं इस बात को सकारात्मक रूप से "कोशिका फाउंडेशन", से लेता हूँ कि यह सहायता केवल मेरे द्वारा बताये गये उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जा सकती है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की जा रही है, उस राशि का अधिक या कमता किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-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 अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे सहायता के लिए लोगों को प्रेरित करने में सहायता करें। इस प्रकरण में मेरे विवरण का प्रयोग मेरे उद्देश्य के लिए अधिकृत है। मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ कि मेरे नाम का प्रयोग "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के माध्यम से प्रयोग में आये हैं, वे सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाते। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित की गई जानकारी अंतिम और स्वीकार्य होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएं तलुके का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)**

- 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 की ओर से हमारे संकेत को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) वह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त रोगी के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त करने का है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकृत/नकारा हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा विचार अन्य है। हमारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ साथ यह है कि हमारा प्रमाण सत्य सहायता हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा लेने वाली सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हॉस्पिटल की होंगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृत/निस्तार का विवरण सहायता)

ACCEPTANCE

संस्तुति

REJECTION

संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/08/18

Dr. Arindam Deb
MBBS, DO, FRCS
Reg. No. - 58096
Pune Eye Foundation & Research Centre

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

Shib Sankar Bagchi
Director
Pune Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक उपयोग हेतु)

SANCTIONED

संस्तुति

REJECTED

संस्तुति

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम हस्ताक्षर 2