

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0717/0606		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 14/03/17	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		MARJINA		AGE-YEARS आयु-वर्ष :	SEX लिंग :
				57	F
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम : KARIMBOY					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता :					
PART NO-147, DEGRA MALICKHERIA NORTH-24 PARGANAS, WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता :					
AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय : HOUSE WIFE					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : NIL				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)	
PAN No. एवं पत्र संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) :					
Yes / हाँ / No / 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 संबंध	
1.	MARTINA	57	F	SELF	
2.	KARIM BOY	62	M	HUSBAND	
3.	MONIRUL ISLAM	54	M	SON	
4.	NATMA BIBI	30	F	DAUGHTER	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए वित्ति आधार :					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिखें अपने निजी का उद्देश्य :					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE				
2.	SURGERY - RE (BICS + IOL)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED की 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण एवं कथन अस्वीकार्य होगा तथा इसे ले लेने पर आपका निवेदन भी खारिज हो सकेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल इस फॉर्म में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु एक प्रत्यक्ष को नहीं हूँ, जो कि किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो लिया है और या ही भविष्य में लिया जा सकेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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/print-up/produce 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ को दायाँ दाखल कर, मैं (अर्शक) अर्शक हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और सभी विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एम्बल्ड, प्रिन्ट, प्रकाशन एवं इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार से इस्तेमाल करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा दिये गए विवरण को हमेशा सही रखने का काम मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना आपकी अनुमति के इस्तेमाल में नहीं किया जा सकेगा। सहायता का प्रदान करने का फैसला इस मामले में "कोशिका" एम्बल्ड ट्रस्टी के अधिकार में होगा और इसका कोई भी फैसला अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या बायाँ को दायाँ दाखल करें

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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.
- हस्ताक्षर कर, हमारा हस्ताक्षर और बायाँ को दायाँ दाखल कर, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के लिए मांग रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिले। यदि सहायता पूरी तरह से नहीं मिलती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि हमारा हॉस्पिटल इस मामले में अकेले पूरी जिम्मेदारी लेगा और "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। रोगी का इलाज हमारे हॉस्पिटल में ही होगा और हमारे हॉस्पिटल का चुनाव रोगी एवं हमारा हॉस्पिटल का ही होगा और "कोशिका फाउंडेशन" इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं लेगी। इसलिए हमारा हॉस्पिटल ही रोगी के इलाज का उत्तरदायी होगा और "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संशुद्धि (स्वीकृति/निराकरण का निवेदन लगाइए)

ACCEPTANCE

संकेत

REJECTION

संकेत

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

14/08/18

Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No.-58096
Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व इलाका व ठीक करें

Sh. Shankar Bagchi
Director
Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हमारा अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

✓
SANCTIONED
संकेत

REJECTED
संकेत

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती हस्ताक्षर 2