

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika Foundation Building Health of the		
APPLICATION No. (आवेदन संख्या): K/0717/0643		APPLICATION DATE: (आवेदन तिथि): 13/07/17		
NAME of APPLICANT: (आवेदक का नाम): SHANKAR DAS		AGE-YEARS: 01-99 62	SEX: M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: (पिता/पत्नी का नाम): SAILENDRA				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: (वर्तमान निवास पता) PART NO- 37, PANIHATI, NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: (स्थायी निवास पता) AS ABOVE				
OCCUPATION: (व्यवसाय): LABOUR				
TOTAL ANNUAL INCOME: (कुल वार्षिक आय): RS. 1500 X 12 = 18000/- (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)				
FAMILY: (आपका कुल)				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (क्या आप आय कर कादाता हैं? (को सही तरीके से चिह्नित करें)) Yes ☒ No ☐				
FAMILY DETAILS: (कुल विवरण)				
Sr. No. (क्र. सं.)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (उम्र (वर्ष))	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक से संबंध)
1.	SHANKAR DAS	62	M	SELF
2.	KASTOLI DAS	54	F	WIFE
3.	PUSPENDU DAS	30	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) (आवेदन के लिए आधार):				
BPL Card (Attach Card Copy) (आवेदन के लिए प्रमाण संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (आवेदन के लिए प्रमाण संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) (आवेदन के लिए प्रमाण संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof (आप कोई अन्य आधार/प्रमाण)				
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: (आवेदन के लिए उद्देश्य):				
Sr. No. (क्र. सं.)	Medical Reports/Prescriptions Attached (आवेदन के लिए चिकित्सा/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न करें)			
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE			
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES (आप उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न करें)				
Sr. No. (क्र. सं.)	NAME of OTHER SOURCE (आप सहायता का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (आप सहायता का नाम)		

DECLARATION by APPLICANT: (अवेदक 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 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्ततापूर्वक "कोशिका फाउण्डेशन", से ही जानता हूँ, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में पता पड़ा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद, उस उद्देश्य का अधिक या कमतर किसी किसी अन्य प्रोडिक्ट/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक 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-out/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 from 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपने सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, दान, सहायता हेतु उद्देश्यों से मुझे परिचित करने और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे प्रारूप के पते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सख्त सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर न्यायीयों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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 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 और से जाने-पहचाने को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्पूर्ण में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा पार कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अधिकृत हेतु मनाज नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बना जाता है कि हस्पताल वित्तीय पार उक्त रोगी/रोगी के लिये और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं ले रहे हैं।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से ही यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या जिसे हमने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के प्रत्यक्ष सुख और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृत/निरास का निशान लगायें)

ACCEPTANCE

मंजूर

REJECTION

नमंजूर

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

12/05/18

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

Sankar Begchi
Director
Sunder Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
जान व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)SIGNATURE of TRUSTEE 1
जारी हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
जारी हस्ताक्षर 2SANCTIONED
मंजूरREJECTED
नमंजूर