

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

সহায়তা চাওয়া প্রার্থন প্রাক্কপ

(Healthcare)

(স্বাস্থ্য সেবা)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. : K/0717/0646 APPLICATION DATE : 17/02/17
অবেদন নং : অবেদন তারিখ :

NAME of APPLICANT : LAKSHMI HAZRA AGE-YEARS : 59 SEX : F
অবেদনকারীর নাম : বয়স : লিঙ্গ :

FATHER'S/SPONSOR'S NAME : SANATAN HAZRA
পিতৃ/সহায়কের নাম :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 19/H/25 GOBINDA CHANDRA KHATIK ROAD, KOLKATA, WEST BENGAL
বর্তমান বাসস্থান : স্থায়ী বাসস্থান :

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE
স্থায়ী বাসস্থান :

OCCUPATION : HOUSE WIFE
পেশা :

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)
মোট বার্ষিক আয় : (আয় প্রমাণ সংযুক্ত করুন)

PAN No. (যদি প্রযোজ্য হয়)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
আপনি কি আয় কর প্রদানকারী? (যদি প্রযোজ্য হয় তবে টিক করুন)

Yes / No
হ্যাঁ / নো

FAMILY DETAILS : বৈশিষ্ট্য

Sr. No. ক্র. নং	Name of Family Member বৈশিষ্ট্যের নাম	Age (Years) বয়স (বর্ষ)	Gender লিঙ্গ	Relation with Applicant অবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক
1.	LAKSHMI HAZRA	59	F	SELF
2.	RATAN HAZRA	65	M	SON
3.	UTTARA HAZRA	33	F	DAUGHTER
4.	BHISWA HAZRA	30	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
সহায়তা চাওয়ার কারণ (যদি প্রযোজ্য হয় তবে টিক করুন)

BPL Card (Attach Card Copy) নথীকৃত বৈধতা প্রমাণ (অনুলিপি সংযুক্ত করুন)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) নথীকৃত বৈধতা প্রমাণ (অনুলিপি সংযুক্ত করুন)	Ration Card (Attach Card Copy) নথীকৃত বৈধতা প্রমাণ (অনুলিপি সংযুক্ত করুন)	Any Other Basis/Proof অন্য বৈধতা প্রমাণ
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
সহায়তা চাওয়ার উদ্দেশ্য:

Sr. No. ক্র. নং	Medical Reports/Prescriptions Attached অস্বাস্থ্যবোধের বা অন্য কোনো রোগের চিকিৎসা প্রমাণ
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SRS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
এই উদ্দেশ্যের জন্য সহায়তা চাওয়া হয়েছে অন্য কোনো উৎস থেকে?

Sr. No. ক্র. নং	NAME of OTHER SOURCE অন্য উৎসের নাম	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED কিছু সহায়তা প্রাপ্ত
--------------------	--	--

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वारा घोषणा करे)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो कोई छात्र/रोगी जिस की या करवाई है।
- 2) मैं इस की सहायता यदि "कोशिका फाउण्डेशन", से लेता हूँ तो यह है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या प्रत्येक की नहीं है, उस रकम का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोविडेंस/वर्कमाँ/कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक 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/post-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 to 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रेषित है, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, उद्देश्य से मुझे प्रेषित/प्रसारित करने के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के खर्च या मेरे करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे तथा सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक की हस्ताक्षर या अंगुली 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.
- इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मर्यादा/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) विना प्रकरण से लाभ या 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 उस रोगी/प्रकरण में लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/विषय उस के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/प्रकरण हेतु प्रस्ताव की बिना यह है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इसी प्रकार उस रोगी/प्रकरण हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से लेने का सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नई माता या बच्चे को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देना एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज प्रकृति और अपने करने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरास्त का निशान लगावे)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION नसम्मत
Date of Surgery अर्शेक की तारीख 18/08/18	Dr. Arindam Das MBBS, D.O., FRCS Reg. No.-58090 Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर या छाप	 Dr. Sankar Bagchi Director Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतरीक उपयोग हेतु

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
SANCTIONED संजुति	REJECTED नसम्मत		