

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/0917/0821		APPLICATION DATE : आवेदन दिनांक		01/09/17	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम				AGE-YEARS वर्ष-वर्ष		SEX लिंग	
				50		M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम							
LATE GAYARAM MAL							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता							
36 NO LAT PAGOLER AND OTHERS CHOK, M. HAT, KULTALI, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता							
AS ABOVE							



OCCUPATION : <u>FARMER</u>		
TOTAL ANNUAL INCOME : <u>1200 X 12 = 14400/-</u>		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)
PAN No.	व्यक्ति का पैन संख्या	

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):	Yes / No
मैं/हम आयकर करदाता हैं / (जो लागू हो उस पर 'हाँ' या 'नहीं' चिह्नित करें)	हाँ / नहीं

[illegible]

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 સ્થિતિ એ શિવે વિનંતિ કરતી

BPL Card (Attach Card Copy) गरीब रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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:
 माहसुल देन बिने एके डिपॉसी का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीविजन सूची संलग्न
1	DIAGNOSIS - CATARACT - LE

ASSISTANCE BEING AVAILABLE FOR SAME "PURPOSE" FROM OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

[illegible]

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 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो उसे ग्राहक निरास भी हो सकता है।
- 2) मैं इससे जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ले रहा हूँ, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकृति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 to 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, अपने-अपने दूर-दूर देशों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों द्वारा प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के पत्रों पर सत्य एवं सही होने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वीकृति अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित है। मुझे स्पष्ट है: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा अपने भरोदारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

Subal Mal

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकृति)

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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे-हमारे को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में प्राप्त करने का दावा करेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त हो सके। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें अपने-अपने दूर-दूर देशों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों द्वारा प्रसारित करने के लिये अधिकृत है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज प्राप्त होना या नहीं, यह रोगी के रोग/रोगी के चिकित्सक के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान और अपने-अपने को सही निर्णय लेनी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृति/निरास का विवरण लगायें)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

01/09/17

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No.-38094
Sund Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

ACCEPTANCE

सम्मत

REJECTION

सम्मत

Shib Sankar Dasgupta
Director
Sund Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु)SIGNATURE of TRUSTEE 1
आरोप हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
आरोप हस्ताक्षर 2SANCTIONED
संस्तुतिREJECTED
संस्तुति

[Signature]

[Signature]