

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/1017/1031 APPLICATION DATE: 07.10.18
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: MADAN MOHAN DHARA AGE-YEARS 73 SEX M
आवेदक का नाम उम्र-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JIBAN DHARA
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: MASURIA LAKSHYA PURBA MEDINIPUR,
721654, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: UN EMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (आपका PAN संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) हाँ / 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 के साथ सम्बन्ध
1.	MADAN MOHAN DHARA	73	M	SELF
2.	USHA DHARA	67	F	WIFE
3.	SUMIT DHARA	43	M	SON
4.	SATISH DHARA	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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 साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विषय का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT- LE
2.	SURGERY- LE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED उसी गई सहायता राशी

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 योद्धा कहता हूँ कि इस प्रश्न में मिले गये सभी विवरण मेरी जानकारी में अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मैं मेरी सहायता निरास भी कर सकता हूँ।

2) मैं इससे जो सहायता मिले "कीटिका फाउन्डेशन", से उसे मैं सही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति में मिले बिना करूँगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।

3) मैं योद्धा कहता हूँ कि इस सहायता से मैं अपने किसी भी प्रकार के व्यय को नहीं भुगतूँगा, जो कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न मिले और न ही भविष्य में मिले।

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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का जवाब इसकाया या जगदी की जगम जगम, मैं (आवेदक) अपनी साक्षी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में प्रयोग है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, पत्र, साप्ताहिक एवं वार्षिक से सुदी गीतिगिरीय और वार्षिकीयों में लिखे बिना भी प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पक्षों का पक्ष में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साप्ताहिक के वार्षिकीयों में प्रयोग है मुझे पता: साप्ताहिक का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीय का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

अनुसंधान के प्रभावों का अंशों का विवरण



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, इसकाठी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना इस (हस्पताल) फिर प्रकाश से नाम न जोड़ा जाये।

- 1) यह कि न तो बीमर और न ही बीमर में वित्तीय सहायता किसी भी सावकी बीमर या किसी अन्य रोग से उस रोगी/मरीज से ली जा ले जाये है, बल्कि कि इसने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उस को समय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकतर/सहायता हेतु मनुष्य को बिना बात है तो अस्पताल किसी अन्य भी सावकी बीमर या किसी अन्य समय/समय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस तथ्य में स्पष्ट बात बात है कि अस्पताल वित्तीय पर उस रोगी/मरीज हेतु किसी भी सावकी बीमर या किसी अन्य सहाय से नहीं ले/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता बीमर वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना नये उपचार/प्रक्रिया का सुझाव देते एवं हस्पताल को बीमर या बिमर है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को हस्पताल शुल्क और अन्य चीजों की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होती है और "कोशिका" को कोई भीमर या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निश्चय लगाने)		ACCEPTANCE स्वीकृत	REJECTION निरस्त
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 02.10.18	 Dr. Alok Agrawal MBBS, MSc, PhD Eye, FRCR, FRCOphth Reg. No. 12345 Sri Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इसका का नाम व इसका रजि. नं.	 Shri Sankar Bagchi Director Sri Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) उप व पर इसका अधिकृत अधिकारी	

SANCTIONED संज्ञित	REJECTED अन्यथा	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इलाका 2