

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)



APPLICATION No.: K/10/7/1033 APPLICATION DATE: 07.10.17

NAME of APPLICANT: INDUBALA HAZRA AGE-YEARS: 73 SEX: F

FATHER/SPOUSE'S NAME: RAMESH HAZRA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 3, NAHAR KOLAY ROAD, NARKELDANGA, TANKRA, KOLKATA 700015, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)

PAN No.:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	INDUBALA HAZRA	73	F	SELF
2.	POTOL HAZRA	50	F	DAUGHTER
3.	MONTI HAZRA	47	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी रेश का पीछे प्रमाण पत्र	आय आय वर्ग प्रमाण पत्र	उपभोग्यता कार्ड	अन्य कोई प्रमाण
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा)

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना गया था या है तो गैर उद्देश्य प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि प्राप्त होगी, उसका उपयोग उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं वर्तमान में नहीं, उस राशि का अतिरिक्त या समकालीन किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टीज" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, दान, समर्थन एवं उद्देश्य से दृष्टी ग्राह्यता और जानकारी के लिये किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे तथा: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर उद्देश्य के लिये अतिरिक्त और समर्थन देगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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 और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से मान्यता स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में प्राप्त कर सकेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त हो सकेगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पुरर न हो कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/प्रक्रिया हेतु मंजूर की जायेगी या नहीं, तो हमें सहायता किसी अन्य रोगी के सम्बन्ध में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमें सहायता हेतु किसी भी रोगी के सम्बन्ध में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि सहायता के लिये प्रेषित की जाती है, उसे या हस्पताल द्वारा ही या अन्यथा या किसी अन्य उद्देश्य/उद्देश्य का प्रयोग करने एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के उपचार प्रारंभ और करने करने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृत/निस्तुत का चिह्नन लगाने)

ACCEPTANCE

सम्मत

REJECTION

नसम्मत

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

07.10.17

Dr. Alok Agrawal
M.D., M.S., F.D.C.S. (F.R.C.S. F.R.C.S. F.R.C.S.)
Reg. No. 32788
Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Bankar Bagchi
Director
Sri 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 अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम हस्ताक्षर 2

SANCTIONED

संस्तुति

REJECTED

नसम्मत