

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building blocks of life.

APPLICATION No. :

K/1047/1049

APPLICATION DATE :

09.10.17

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

JAYABRATA BOSE

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

PRASANNA BOSE

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास पता

 SANJAY PALLY, MATLA, CANNING,
 SOUTH 24 PARGANAS, 743329,
 WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

FARMER

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME :

RS. 1500 x 12 = 18000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. : स्थायी आयकर 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 निशान लगायें)

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.	JAYABRATA BOSE	54	M	SELF
2.	SARBANI BOSE	47	F	WIFE
3.	MONALISHA BOSE	23	F	DAUGHTER
4.	MRINMOY BOSE	17	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT-RE
2.	SURGERY- RE (GLAS-FIOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता लगी

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 applicable, 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 पर प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रदान नहीं करता है तो मेरी प्रार्थना प्रपत्र को खारिज कर दिया जायेगा।

2) मैं यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना से पहले या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त करूँगा।

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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का जवाब इसका यह जवाब होना चाहिए कि मैं (आवेदक) अपनी साक्षी की मुद्रा लगाऊँगा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे बिना इस प्रश्न में प्रमाणित है, इसे "कोशिका" द्वारा जारी, प्रकाशित करने के लिए मेरे नाम से मुझे पेश करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और बिना मेरे नाम से जारी करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ। इस प्रश्न का जवाब होना चाहिए कि मैं सहमत हूँ कि मेरा नाम से जारी करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।

सर्वोत्तम के प्रमाण के अभाव में

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 अधिकतर, हमारी ओर से मालूम होने को "कोशिका फाउंडेशन" से मिली सहायता हेतु निश्चित की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही अधिक में मिली सहायता किसी भी सहायी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए या तो हो रही है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निश्चित/निश्चित उस के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निश्चित अधिकतर/अधिक हेतु मालूम की कि यह कि तो हमself किसी अन्य भी सहायी संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता होने का अधिकतर सुनिश्चित करते हैं। इस तथ्य में स्पष्ट कहा जाता है कि हमself निश्चित मार उस रोगी/रोगी के लिए कि सहायी संस्था या किसी अन्य सहाय से नहीं लेना/लेती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता संभव मिली प्रकृति की है। यदि या हमself द्वारा ही यह सहायता या किने गने समर्थन/अधिक का प्रमुख रोगी एवं हमself के बीच का निम्न है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हमself में रोगी के सहाय सुख और होने जाने की जाती निम्न/रोगी रोगी एवं हमself की ओर और "कोशिका" की ओर अधिकतर या निम्न/रोगी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्का का निशान लगाने)		ACCEPTANCE सन्तु		REJECTION सन्तु	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 09.10.17	 Dr. Anshu Agrawal MBBS, MD, FRCS(Ed), FRCS(Sp), FRCS(Plast) Reg No. 24786 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.		 Dr. Anshu Agrawal Director Koshika Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इत्यादि अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरीक उपयोग हेतु					
SANCTIONED सन्तुति	REJECTED सन्तु	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2	
					