

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: K/1014/1054 APPLICATION DATE: 09.10.17

NAME of APPLICANT: ANIL NAIYA AGE-YEARS: 62 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: MAHESH NAIYA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: HINCHAKHALL NIKARI GHATA CANNING-1, SOUTH 24 PARGANAS, 743329 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE

OCCUPATION: UNEMPLOYED

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL (Attach Proof of Income)

PAN No.:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes (No)

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	ANIL NAIYA	62	M	SELF
2	MITABALA NAIYA	53	F	WIFE
3	PROBIR NAIYA	28	M	SON
4	SAMAR NAIYA	25	M	SON
5	DINAL NAIYA	12	M	SON

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
--------------------------------	--	------------------------------	--------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RE (SICS N 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 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, 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उद्देश्य की पूर्ति हेतु, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से या से सहायता नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं 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 it's 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अग्रेष्ठ जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़े जा सकते हैं, उन्हें "कोशिका" समूह, पत्र, पत्रिकाओं द्वारा उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के लिए उपयोग करने के लिए अधिकृत है। इस प्रपत्र का विवरण मेरे द्वारा दिये गये पते या नाम से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे इससे सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके भरोदारों का निर्णय लेगा और अंतिम होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) को सहायता के नाम पर उत्तरदायित्व नहीं है।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) को सहायता के नाम पर उत्तरदायित्व नहीं है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती, तो हमें अपने अंतराल को भरने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अंतर्गत यह है कि हमारा उद्देश्य केवल वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया का चयन हमारे द्वारा किया जाता है और इससे कोई भी प्रभाव नहीं पड़ेगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगायें)ACCEPTANCE
सम्मतREJECTION
निरस्तDate of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09.10.18

DR. AJAY AGRAWAL
MBBS, MD, FRCS (GL), FRCR
Reg. No. 31719
Sanku Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व इलाका व पद

Sanjay Bagchi
Director
Sanku Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)SIGNATURE of TRUSTEE 1
जारी हस्ताक्षर 1SIGNATURE of TRUSTEE 2
जारी हस्ताक्षर 2SANCTIONED
संस्तुतिREJECTED
निरस्त

