

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: K/0118/1628
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 05/01/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: BHARATI BANERJEE
आवेदक का नाम

AGE-YEARS वयस-वर्ष
65

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: ASHOK BANERJEE
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
1A/H/7 SATCHASI PARA ROAD, COSEPOUR,
KOLKATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income)
(आप का सत्य संकेत)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पंजीकृत हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes/NO
हां/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.	BHARATI BANERJEE	65	F	SELF
2.	ASHOK BANERJEE	67	M	HUSBAND
3.	MALAY BANERJEE	40	M	SON
4.	MOUSUMI BANERJEE	36	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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 किये गये निवेदन 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 लिये गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रकार में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाला असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उद्देश्य को नहीं हूँ, उस मदद का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रकार में अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एकत्रित करने, प्रकाशित करने, प्रसारण से जुड़ी विभिन्न माध्यमों से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण मेरे द्वारा के पता या मेरे बारे में मेरे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकत्रित करने के लिये अधिकृत और सम्पन्नकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/होगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/सिफारिश प्राप्त हेतु प्रस्तावित नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा सिफारिश प्रदान करने के लिये सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेंगे/लेंगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हमारा द्वारा दी गई सहायता या किसे गले उपाचार/उपाचार का मुख्य उद्देश्य एवं हमारा को बीम का निवारण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हमारा में हमें के द्वारा प्रस्तावित और जाने जाने को सही सिफारिश देने एवं हमारा को होने और "कोशिका" को कोई प्रभाव या सिफारिश इस प्रकार में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (सवीकृत/निरस्त का निराकरण लगाएँ)

ACCEPTANCE
सम्मत

REJECTION
निरस्त

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05/01/18

Dr. Bindam Deb
MBBS, DO, FRCS
Reg. No. 58096
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Shib Sarker Bagchi
Director
Sanku Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SANCTIONED सम्मत	REJECTED निरस्त	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2