

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: K/0118/1034 APPLICATION DATE: 05/01/18
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: LACHHAN SHAW AGE-YEARS लालु-वर्ष 65 SEX लिंग M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: JAGGU SHAW
पिता/सहस्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 38 HANAKUMAR TEGORE STAND 5 BORDHANAGAR NORTH 24 PARAGANAS, 700036, WEST BENGAL
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: UNEMPLOYEE
व्यवसाय

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No
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 सम्बंध
1	LACHHAN SHAW	65	M	SELF
2	GANGA SHAW	57	F	WIFE
3	PRASENJIT SHAW	33	M	SON
4	BISWAJIT SHAW	30	M	SON
5	LUMPA SHAW	26	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के निम्ने विनति आधार

EPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 किने गये विनती 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 (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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: none of mine to

- 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 यकीन करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इससे यकीन करता हूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो मदद मिलेगी, मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इसे प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैं अपने प्रश्न पर किसी भी तरह की रकम, या भुगतान या किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (where applicable)

- 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/pu/ophreproduce 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 fulfilment 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 प्रश्न पर अपने उत्तरदाता या ओरों को जान लें, मैं (आवेदक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस प्रश्न में शामिल हैं, जो "कोशिका" एक नि:शुल्क, गैर-लाभकारी संगठन के रूप में मुझे उपस्थिति और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विचार मैं इससे को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नि:शुल्क अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को बिना किसी भी प्रकार के उत्तरों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक नि:शुल्क ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अपेक्षा के अनुसार या अंग्रेजी का विषय

AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH IS NOT)

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, इसकाही की ओर से सम्बन्धितों को "कोशिका आन्दोलन" से विभिन्न सम्बन्धित हेतु सिद्धांत की जाती है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सीपान और न ही सीपिका में विविध साधन किन्हीं नौ साज्जाई संस्थाओं या किन्हीं अन्य स्तरों से उच्च लेवी/चार्जों में लौने या ले खाई है, बल्कि कि इनने "कीटिका पाठ्यवेक्षण" से विपरीत/विचित्री उच्च को सम्बन्ध में "कीटिका पाठ्यवेक्षण" द्वारा मगर हेतु कि है। यहाँ "कीटिका पाठ्यवेक्षण" द्वारा साधन किन्हीं सीपिका/समस्त हेतु मन्तु नहीं किन्तु ज्ञात है कि अगमता किन्हीं अन्य नौ साज्जाई संस्था या किन्हीं अन्य सम्बन्ध से अगमता लौने का अधिकतम सुविधा रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगमता सीपिका मगर उच्च लेवी/चार्जों हेतु किन्हीं नौ साज्जाई संस्था या किन्हीं अन्य सम्बन्ध से नहीं लेता/लेती।
2. "कीटिका पाठ्यवेक्षण" से ही नई साधन संस्था विविध प्रवृत्ति को है। लेवी या इम्प्लान्ट द्वारा ही नई साज्जा या किन्हीं नये उपकरण/प्रक्रिया का मुल्य लेवी एवं इम्प्लान्ट को सीप का विषय है और "कीटिका पाठ्यवेक्षण" द्वारा किन्हीं प्रकाश का कोई रचना नहीं है। इसीलिए इम्प्लान्ट में लेवी को इलाक़ घुसा और अपने चार्ज को यहाँ किम्पेन्टी लेवी एवं इम्प्लान्ट को लेवी और "कीटिका" को कोई सीपिका या किम्पेन्टी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निशान लगाने)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION नसम्मत
Date of Surgery सर्जिकल की तारीख 05/01/18	Dr. Bindam Deb FRCGS, DO, FRCS Reg. No. 58006 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Shib Sankar Bagchi Director Central Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जन व पर इलाका अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग के लिए

SANCTIONED समर्थित	REJECTED असमर्थित	SIGNATURE of TRUSTEE 1 आचार्य इन्द्रजीत 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आचार्य इन्द्रजीत 2
			