

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life.

APPLICATION No. : K/0118/1700
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 08/01/18
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : KANCHAN SANTRA
आवेदक का नामAGE-YEARS आयु-वर्ष 61
SEX लिंग FFATHER'S/SPOUSE'S NAME : NARAYAN SANTRA
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

MAHABANESHWARI BAZAR, SOUTH 24 PARGANAS,
743283, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE
व्यवसायTOTAL ANNUAL INCOME : NIL
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

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 चिह्न 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 से संबंध
1.	KANCHAN SANTRA	61	F	SELF
2.	NARAYAN SANTRA	70	M	HUSBAND
3.	ASHOK SANTRA	32	M	SON
4.	BARANTI SANTRA	34	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि 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) उपभोक्त्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्न 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 लीया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस से साफ़ता पति "कोशिका फाउंडेशन", से ही का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता से मैं या मेरे परिवार को नहीं है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

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 donation 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 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में घोषणा है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉ. बाबासाहेब आम्बेडकर उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे इस का विवरण को इसका उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जमा कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या मुद्रा का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता)**

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, हस्पताल की ओर से मार्गदर्शक की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकतम/संगठन हेतु गन्तु नहीं किया जाय तो हम हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि हस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या बिना सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इच्छा सुलभ और जानें जाने की सही सिफारिश रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी प्रक्रिया या सिफारिश इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृति/निरास का विवरण लगायें)

ACCEPTANCE
सम्मत

REJECTION
नास्मत्

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

08/01/18

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O. FRCS
Reg. No. 58096
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

Shri Sankar Bagchi
Director
Sri Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED नास्मत्	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2