

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : 15/0118/1705 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 08/01/18 आवेदन तिथि :		
NAME of APPLICANT : DHANANJAY HALDAR आवेदक का नाम :		AGE-YEARS 74 आयु-वर्ष :	SEX M लिंग :	
FATHER/SPOUSE'S NAME : GOURMOHAN HALDER पिता/सहोदर का नाम :				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS PORBA GURGURIA, SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL वर्तमान आवासीय पता :				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE स्थायी आवासीय पता :				
OCCUPATION : UNEMPLOYED व्यवसाय :				
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. आय कराई 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 चिह्न लगाएं): हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS (जीवाणु 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.	DHANANJAY HALDAR	74	M	SELF
2.	KANAK PRABHA HALDAR	63	F	WIFE
3.	ASHOK HALDAR	40	M	SON
4.	ARHIMA HALDAR	36	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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 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 (SIOS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य मान्य प्रमाण प्राप्त नहीं है तो सही जानकारी देना आवश्यक है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताये गये हैं।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से, उस सहायता का जमा या प्रत्यक्ष प्रत्यक्ष किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में दिये गये हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्देश्यों के लिये सहायता हेतु प्रेषित किया जा रहा है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा उपयोग में लाया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये आवश्यक है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताये गये हैं।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृति/निस्त का निश्चय लगाने)		ACCEPTANCE मान्य	REJECTION नमान्य
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 08/01/18	Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No. 58056 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	Shib Sanjay Bagchi Director Shree Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हॉस्पिटल के नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 मान्य हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 मान्य हस्ताक्षर 2
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED नमान्य		