

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0118/1728

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/01/18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BAMDEB DOLUI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

39

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

LATE. SANKUNAR DOLUI

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

BETDANGA - DIST. MURSHIDABAD - WB  
INDIA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

SAME AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

PAINT LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

18,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं छात्र संलग्न

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

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1.                     | BAMDEB DOLUI                                      | 35                         | M              | SELF                                            |
| 2.                     | CHABI DOLUI                                       | 30                         | F              | WIFE                                            |
| 3.                     | KALPANA DOLUI                                     | 60                         | F              | MOTHER                                          |
| 4.                     | BUDHABEB DOLUI                                    | 18                         | M              | SON                                             |
| 5.                     | PROSUNNATH DOLUI                                  | 9                          | M              | SON                                             |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                 |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>पोषी रेशा की नकल प्रस्तुत करें<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आर का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिए गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                     | Diagnosis - RD with total cataract (R/E)                                                     |
| 2.                     | Surgery - BB + PPV + ED + EL + CO + lensectomy<br>↓ LA (R/E)                                 |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कौी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1.                     |                                           |                                                          |
| 2.                     |                                           |                                                          |
| 3.                     |                                           |                                                          |

**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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या गलत जानकारी प्रदान की जा रही है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण रूप से उपयोग के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या भविष्य में पूर्ण रूप से, या आंशिक रूप से, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मिल रहा हूँ और न ही भविष्य में 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 प्रत्येक पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में घोषित हैं, उसे "कोशिका" फाउंडेशन, पत्र, प्रकाशक, दूरदर्शन से सुनी वीडियो/ऑडियो और इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रत्येक का उपयोग मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या ट्रस्टियों द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्पष्ट है कि सहायता का इलाज नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउंडेशन ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 ओर से सार्वजनिक रूप से "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हस्पताल को सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज में स्पष्ट किया गया है कि हस्पताल को सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें यह स्पष्ट है कि हमारे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे स्वयं हस्पताल के चिकित्सक का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपाय का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमारे उपचार/प्रक्रिया और हमारे उपचार की सुरक्षा हमारे स्वयं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)<br>संस्तुति (सवीकृत/निरस्त का निशान लगाएं) |                                                                                                                                                                           | ACCEPTANCE<br>समर्थन                                                                                             | REJECTION<br>निरस्त |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>10/01/18                                                          | Dr. Sanghata Roy<br>MBBS, FICO<br>Reg. No. - 53434<br>Sanku Eye Foundation & Research Centre<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>हस्ताक्षर का नाम व इलाज का केंद्र | <br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी |                     |

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु**

|                      |                    | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>नाम 1 हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>नाम 2 हस्ताक्षर 2 |
|----------------------|--------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| SANCTIONED<br>सवीकृत | REJECTED<br>निरस्त |                                             |                                             |