

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. : K/0818/0868
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 01/08/18
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : BADAL BASU
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 58
SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : KHUDIRAM BASU
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

PORT NO-182, UTTAR DUMDUM, NORTH 24
PARAGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : LABOURER
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 2000 X 12 = 24,000/-
(आप का वार्षिक आय) (Attach Proof of Income)

PAN No. : [Blank]

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
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.	BADAL BASU	58	M	SELF
2.	MAHADEBI BASU	50	F	WIFE
3.	MRINAL BASU	28	M	SON
4.	SAIKAT BASU	26	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयपत्र का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIGMA)

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 हो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं कर रहा हूँ, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण हिसाब किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

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 donations for 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" ट्रस्ट न्यासीयों, दान, वाचनादय दूसरे उद्देश्य से मुझी पत्रिका/चित्रों और इलेक्ट्रॉनिकों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या मेरे करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे अलग: सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" ट्रस्ट उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मालों में लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/सफल हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य री सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रदत्त उक्त रोगी/मालों हेतु किसी री सारकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होती है और "कोशिका" की कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)

ACCEPTANCE
सन्तु

REJECTION
सन्तु

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

01/08/18

Dr. A. Kundu
MBBS, MS
Reg. No.-55127
Sri Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
सन्तु

REJECTED
सन्तु