

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/1212/1991		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		BIMALA BERA		AGE-YEARS : वयस वर्ष	SEX : लिंग
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम		GAURHARI BERA		69	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता				 	
REDARPUR, SOUTH 24 PARGANAS, 743383 WEST BENGAL					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता					
AS ABOVE					
OCCUPATION : व्यवसाय		HOME MAKER		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		NIL		(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)	
PAN No. : पैन संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं? (जो सत्य हो उस पर चिह्न काटें)					
Yes / No हां / नहीं					
FAMILY DETAILS : परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध	
1.	BIMALA BERA	69	F	SELF	
2.	GAURHARI BERA	43	M	SUN	
3.	SANJIB BERA	40	M	SUN	
4.	BISWATI BERA	36	M	SUN	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनियम आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) संश्लेषण कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्नलिखित कारण बताएं:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से संबंधित डॉक्टर की पर्ची प्रमाण पत्र				
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE				
2.	SURGERY - LE (SUCCESSFUL)				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी पर्ची सहायता राशि		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 नहीं माना जाय तो मैं इसे वापस लेने को तैयार हूँ।
- 2) मैं इस बात को घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करूँगी, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, या किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लेऊँगी और न ही किसी भी अन्य स्रोत से।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़े जा सकें, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशित करने के माध्यम से, या अन्य किसी भी माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या उसकी गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए। इस प्रपत्र पर मेरे नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण के "उद्देश्य" के लिए सहायता की मांग की जा सकती है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के "उद्देश्य" के लिए सहायता की मांग की जा सकती है, जो कि कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी द्वारा अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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.
- हमारे अधिकृत हस्ताक्षर, इस प्रकार के मामले/रोगी को कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए, हम (हॉस्पिटल) निम्नलिखित बातों से सहमत और स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से ले रहे हैं, जो कि हम कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता पूरी तरह से नहीं दी जाती है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता पूरी तरह से नहीं दी जाती है, तो हम कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए मांग रहे हैं। यह पुष्टि करने के लिए कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा रोगी के उपचार/प्रक्रिया का निर्णय रोगी और हमारे बीच की व्यवस्था पर आधारित है, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं है। इसलिए, हमारे हॉस्पिटल को रोगी के उपचार की पूरी जिम्मेदारी और रोगी की सुरक्षा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे हॉस्पिटल द्वारा रोगी के उपचार पर निर्णय रोगी और हमारे बीच की व्यवस्था पर आधारित है, जो कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं है। इसलिए, हमारे हॉस्पिटल को रोगी के उपचार की पूरी जिम्मेदारी और रोगी की सुरक्षा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृत के लिए सिफारिश

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/12/18

Dr. Ajok Agrwal
MBBS, MD, FRCS(Ed), FRCS(Eng)
(Name of Dr. & Regs. No. with Stamp)
हस्ताक्षर के साथ डॉ. अजोक अग्रवाल

Shib Sankar Dasguchi
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
श्रीब संकर दासगुप्ता

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए):

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ट्रस्टी 1 का हस्ताक्षर

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ट्रस्टी 2 का हस्ताक्षर

[Signature]