

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : K/1218/1949 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 12/12/18 आवेदन तिथि :		
NAME of APPLICANT : RADHA GORINDA SAMA आवेदक का नाम :		AGE-YEARS 62 आयु-वर्ष :	SEX M. लिंग :	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LATE BHASAN CHANDRA SAMA. पिता/पत्नी का नाम :				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <u>Ward No. 1, Near B.S. Dham, P.O. Dham, Dist. Dham.</u> वर्तमान निवास पता :				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <u>As Above</u> स्थायी निवास पता :				
OCCUPATION : UNEMPLOYED व्यवसाय :		MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)		
TOTAL ANNUAL INCOME : NIL कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रमाण)		
PAN No. (If any):				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): Yes / No क्या आप आय करदाता हैं? (को सही को उस पर चिह्न लगाएं): हाँ / 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 के साथ संबंध
1.	RADHA GORINDA SAMA	62	M	SELF
2.	SUNITA SAMA	50	F	WIFE
3.	KUNTA SAMA	18	M	Son
4.	BEHARATI SAMA	25	F	DAUGHTER
5.	PUTA SAMA	12	F	DAUGHTER
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु दिने गए विधि का उद्देश्य:				
Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न				
1. MAGNETIC CATARACT LG.				
2. SURGERY LG (Cataract)				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?				
Sr. No. क्रम संख्या		NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी रूप में, इस रकम का कोई भी हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँ और न ही किसी भी स्रोत से ले सकूँ।

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 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 प्रकरण पर मेरे हस्ताक्षर या बायाँ की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, इसे "कोशिका" एम्प्लू मध्यम, चर, संचारण द्वारा इलेक्ट्रॉनिक से मुद्रित मीडिया/चित्रों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रकरण का निष्पत्ति मेरे प्रकरण को पूरा करने के लिए या मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है। इस प्रकरण में "कोशिका" एम्प्लू इसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या बायाँ की छाप



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 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा दिये गये हस्ताक्षर/छाप को "कोशिका फाउंडेशन" को भेजकर, हम (हस्पताल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हो जायेंगे:
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी प्रकार की वित्तीय सहायता से किसी भी रोगी को इस रोग/प्रकरण के लिए सहायता नहीं देंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को किसी अन्य स्रोत/बीमा कंपनी से पूरा करने का अधिकार होगा। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें किसी भी प्रकार की वित्तीय सहायता से किसी भी रोगी को इस रोग/प्रकरण के लिए सहायता नहीं देंगे, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार प्रदान करने के लिए हमें पूरी जिम्मेदारी लेनी पड़ेगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं मिलेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सही/गुंती को लिए संकेतित

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 19/12/18	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका का पता Dr. Sankar Bagchi (OPHTH) Reg. No. 65658 Cerebra	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हस्पताल के अधिकृत अधिकारी Shib Sankar Bagchi Director Cerebra
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 <i>[Signature]</i>
--	--