

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		K/1218/1984		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		18/12/18	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX लिंग		
MANINDRANATH DAS			55		M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम						 	
JOBEINDRANATH DAS							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता							
C/1/11 PUSHPABAZAR STREET KOLKATA HO-110003, WEST BENGAL							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता							
- DR. FIVEVA -							
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
UNEMPLOYED							
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)			
NIL							
PAN No. : स्थायी आयकर पहचान संख्या							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आयकर कादाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)							
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 क्या संबंध			
1.	MANINDRANATH DAS	55	M	SELF			
2.	PIYALI DAS	62	F	WIFE			
3.	CAJAL DAS	29	M	SON			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की कार्ड 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 सबूत	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु विवरी करने विवरी का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/प्रीस्क्रिप्शन से बांधी की गई प्रमाणित सूची संलग्न						
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - L.E.						
2.	SURGERY - L.E. (CATARACT)						
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 ही गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पणक द्वारा भरना)

- 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/employment/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गम्भीरतापूर्वक "बोझिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रार्थना की राशि, पूर्ण या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिये जायेगा और मैं इसे भीषण नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पणक द्वारा भरना)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "बोझिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "बोझिका" समूह, पत्र, पत्रिकाएं, दूरदर्शन से जुड़ी वीडियो और ऑडियो क्लिप्स के लिये बिना मेरी प्रार्थना के प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे द्वारा का विवरण मैं इस बात के पक्षों पर सत्य के रूप में करने के लिये "बोझिका फाउंडेशन" से प्रार्थना अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना आपकी अनुमति के प्रकाशित करने की पुष्टि करने: आपका या इसका कोई सदस्य इस मामले में "बोझिका" समूह, पत्रिका, ऑडियो क्लिप्स का निर्माण और प्रकाशित करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पणक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकृत, हमारे यहाँ की स्वीकृति के "बोझिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विनम्रतापूर्वक की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि मैं अभी भी और भविष्य में वित्तीय सहायता बिना किसी भी प्रकार की संश्लेषण के बिना अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या लेंगे या लेंगे हैं, जैसे कि हमने "बोझिका फाउंडेशन" से विनम्रतापूर्वक प्रार्थना की है। यदि "बोझिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/अनुमति हेतु प्रस्तावित नहीं किया जाता है तो हमारा बिना अन्य किसी प्रकार की बिना अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और केवल रोगी या बिना अन्य सहायता से नहीं लेंगे/लेगी।

2. "बोझिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही मैं सहायता के लिये मेरे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करूँगा/करेगी। मेरे नाम का बिना है और "बोझिका फाउंडेशन" द्वारा बिना प्रस्ताव का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुझाव और करने वाले को सभी जिम्मेदारियाँ मेरी हैं। हस्पताल की हानि और "बोझिका" को कोई क्षति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 13/04/18	Dr. A. Kundu MBBS, MS (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) Sushil Eye Foundation & Research Centre	Shib Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) यह मैं हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2