

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0119/2200	APPLICATION DATE: 02/01/19.
NAME of APPLICANT: SARASWATI BACHAR	AGE-YEARS: 51 SEX: F.
FATHER/SPOUSE'S NAME: HARENDRANATH BACHAR	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: BHOSPURA BASU PUR BADURA NORTH 24-PARGANAS 743427, WEST BENGAL	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: AS ABOVE	

OCCUPATION: HOUSE WIFE	MARRIED (निश्चित) / UNMARRIED (अनिश्चित)
TOTAL ANNUAL INCOME: NIL	(Attach Proof of Income) (आय का सबूत संलग्न करें)
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No	

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 संबंध
1.	SARASWATI BACHAR	51	F	SELF
2.	HARENDRANATH BACHAR	85	M	HUSBAND
3.	AMITYA BACHAR	19	M	SON
4.	KRISHNA BACHAR	40	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:	
Medical Reports/Prescriptions Attached	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	DIAGNOSIS - CATARACT-PE
2.	SURGERY - R.E (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES	
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE
	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रीफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपने सहयोगी को यह अधिकार देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टी "कोशिका फाउंडेशन" के नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रत्येक में घोषित हैं, उनके "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा, प्रकाशित करने के लिए, जिसके माध्यम से वे दानों को एकत्रित करेंगे और/या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी फैलावेंगे। इस प्रकार का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण केवल "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टी द्वारा ही प्रयोग किए जा सकते हैं। इस प्रयोग से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं मिलेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

इससे अधिकृत, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिए मांगी जा रही है, जब तक कि हमारे पास "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त न हो। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमारे पास अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा से हमारा मतलब है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता दी जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में मांग किया गया है। इस प्रकार का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 02.01.2019	Dr. Shankar Nag MBBS, MS, (OPHTH) (Name of Dr. & Designation) मुख्य चिकित्सक, कोशिका फाउंडेशन	 Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे द्वारा हस्ताक्षरित अधिकृत अधिकारी
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 	