

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0710/0864

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

12/7/19

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SHIB SHANKAR SHAW

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

MOTILAL SHAW.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

B. KASHMILAV SAMA 2ND BYE LANE, HAWRAH  
MILLI, WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- AT MAHA -



OCCUPATION :

व्यवसाय

CONTRACT LABOURER

MARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

Rs 2000x12 = 24000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (को 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	SHIB SHANKAR SHAW	54	M	SELF
2	SARASWATI SHAW	57	F	WIFE
3	AMIT KUMAR	27	M	SON
4	ADARSH KUMAR	24	M	SON
5	SNEHA KUMARI	21	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

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

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 करना:**

- 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 प्रारूप 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 निरास की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, जो कि केवल इस उद्देश्य के लिए ही है, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में भी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता प्राप्त की है और न ही प्राप्त करने की योजना है।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)**

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो कि "कोशिका" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के लिए है, जो कि केवल इस उद्देश्य के लिए ही है, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के लिए है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Shiv Shanker Shrivastava*

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

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 की ओर से सहायता-प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि न तो हमें वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए है, जो कि केवल इस उद्देश्य के लिए ही है, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जाने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अर्थ के लिए ही है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए सिफारिश

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>13/07/19</p>	<p>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप</p> <p><i>M. L.</i></p>	<p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p> <p>Shiv Sanjay Bhatnagar Director Eye Foundation &amp; Research Centre</p>
--	---	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोपक्ष 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोपक्ष 2</p>
<p><i>Safaryal</i></p>	<p><i>Shiv</i></p>