

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता देते आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रेखालाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या : K/0719/0880

APPLICATION DATE:
दाखिल होने की तिथि 15/7/19

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम BELARATNE ROY

AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
48 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम RADHA MADHAB SAMA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्वास्थ्य आवासीय पता
25/1D SIMLA ROAD, BEADON STREET, KOLKATA
700006, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्वास्थ्य आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION:
प्राकृतिक

HOME MAKER.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

Rs 2000 x 12 = 24000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष प्रमाण)

PAN No. स्थाई चाला संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
कहा आप अय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर मही का नियमन लगाये)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरेलू विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरेलू के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	BELARATNE ROY	58	F	SELF
2	GOUTAM ROY	54	M	SON
3	SUMAN ROY	53	M	SON
4	KRISHNA ROY	59	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियत आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गटीबी रेला के जीवे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जला डाइ प्रॉत्टोन करें)	जल्प आय कर्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जला डाइ प्रॉत्टोन करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को जला डाइ प्रॉत्टोन करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता देते हिये गये विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जल्पलता/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	DIAGNOSIS - CATARACT → RE
2)	SURGERY - RE (SICS + IOLS)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए 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 स्तर गई सहायता राशी



DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा दीक्षित पत्र:

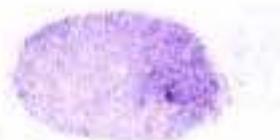
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 अप्पेलेंट काला हूँ कि इस दाखले में दिये गये जाते विवरण में जाकराएँ के अनुसार उत्तम रूप रख सकते हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कामन असम्भव बताते हैं तो मैं उसी विवरण की जाकराएँ हूँ।
- 2) मेरे द्वारा जाकराएँ यहीं "कोशिका फाउंडेशन", ये तीव्र रूप से है, उसका उपर्युक्त उपर्युक्त की पूर्णता के लिये दिया जाएगा, जो इस दाखले में पाया जाता है।
- 3) मैं पूर्णता हूँ कि यह विवरण में दिये गये जाकराएँ के अनुसार विवरण की जाकराएँ हूँ तो उसी विवरण की जाकराएँ हूँ और न ही विवरण में दीर्घा।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा करा)

- 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 fulfilment 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 प्रत्यक्ष पर अपने जाकराएँ की जात लक्षण, गैर (अप्पेलेंट) अपने जाकराएँ की पूर्णता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीर्थ" को अधिकृत काला हूँ कि ये वास्तव, फैटी और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में दीर्घा है, यहीं "कोशिका" एवं न्यायीर्थ, दान, जाकराएँ दूसरे उपर्युक्त से जुड़ी विवरणों और उपर्युक्तों के लिये कियो गये प्रत्यक्ष विवरणों के लिये अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण में जाकराएँ एवं वास्तव के विवरण के वहाँ से या वहाँ ने करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायीर्थ अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस काले में जाकराएँ हूँ कि देखा जाय, वास्तव, फैटी और विवरण जो कि जाकराएँ के उपर्युक्तों से जुड़ी हैं पूर्णता से जाकराएँ जाकराएँ बनाता है इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीर्थ का निर्दिष्ट अधिकृत और जाकराएँ होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट के इकाई का अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (इम्प्रेस द्वारा करा)

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.

इनको अधिकृत, इम्प्रेस की ओर से जाकराएँगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण जाकराएँ हैं, यहाँ पर (इम्प्रेस) इन उपर्युक्त से वास्तव व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न हो जाकराएँ और न ही अधिकृत में दीर्घा विवरण जाकराएँ कियो गए जाकराएँ संभवतः या विवरण जाकराएँ अन्य उपर्युक्तों में होते या से छोटे हैं, जैसे कि इनको "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण/विवरणी उपर्युक्त के इम्प्रेस में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नहर होता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जाकराएँ विवरण किया गया तो जाकराएँ संभवतः या जिसी अन्य सम्बन्धित से जाकराएँ तुलना करता है। इस पूर्णता में सम्पर्क काला जाता है कि जाकराएँ द्वितीय पर्याप्त उपर्युक्त विवरण से होती हैं।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो नहीं जाकराएँ विवरण प्रदृष्टि की है। उनी पर इम्प्रेस द्वारा ही यह जाकराएँ विवरण का चुक्र देती है इस दाखले के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियो गया विवरण नहीं होता है। इसलिये इम्प्रेस में होने के इम्प्रेस सुखा और असै बातें जो जाकराएँ की जाती हैं तो ही होती हैं।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्कृति**

Date of Surgery अंगोत्तम की तरीका <i>15/07/19</i>	Dr. R. C. MBBS, DO, DNB, MSc Reg. No. 5 Sushrut Eye Foundation (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) दाकांक का नाम के इकाई का नंबर ३	<i>Brij Gopal Banerjee DGM & Head of Department, Ophthalmology Sushrut Eye Foundation & Research Center</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इम्प्रेस अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्राजीक उपर्युक्त हैं।

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