

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप**

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No.: K/0710/0893
अप्लीकेशन नं.: K/0710/0893

APPLICATION DATE : 15/07/10
आवेदन तिथी

NAME of APPLICANT: DEBALA MALAKAR

AGE-YEARS 305-314 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SURATI MALAKAR
पिता/स्त्री का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS বর্তমান বাসিস্থান পথ
MATTIPARA COLONY, BOYGAON, NORTH 24
PARBAS 743235, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 100 Avenue V

AS ABOVE

OCCUPATION: HOME MAKER

MARRIED (गृहीत) / UNMARRIED (अंगृहीत)

TOTAL ANNUAL INCOME: Rs 1800 x 12 = 21600/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्षर संलग्न)

PAN No. 999999999999999

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

Yes / No

FAMILY DETAILS

Sr. No. संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	DEBALA MALAKAR	51	F	SELF
2.	ANUST MALAKAR	56	M	SON
3.	ASTISH MALAKAR	52	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) गणेशी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाया गई संलग्न करें।)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वाले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाया गई संलग्न करें।)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाया गई संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

साहाय्यका हेतु किये गये विनाशी का उत्तरणः

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिटर से जारी की गई डिलीवरेव मूली संलग्न
1)	DIAGNOSIS- CHIARACT - LF
2)	SURGERY - LF (SIC3 + IGU)

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य साधारण विधि अन्य स्रोत से लिया गया हो?

DECLARATION by APPLICANT: अर्थात् द्वारा घोषणा करा:

- 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 प्राप्ति करता हूँ कि इस प्रकार मेरे दिए गए सभी विवरण जीवनकारी के अनुसार सच्च रूप सही हैं। यदि कोई विवरण ऐसे काम के लिए उपयोग की जाती है तो मेरी ज्ञानका विवरण की तरह सही है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता की "कोलिका फाउंडेशन", मेरी हालत की खुट्टी के लिए विवरण उपयोग की जाती है, उपरान्त उपयोग की खुट्टी के लिए विवरण जारी, जो इस प्रकार मेरे पास नहीं है।
- 3) मैं युट्टि करता हूँ कि विवरण सहायता के लिए उपयोग की जाती है, उपरान्त उपयोग की ज्ञानका विवरण की तरह सही है और नहीं परिवर्त्तन की जाती है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार मैं अपने इसकारा या अंगूठे की जान लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी सहायता को युट्टि करता हूँ कि "कोलिका फाउंडेशन और उसके ज्ञानकारी" जो अधिकृत करता हूँ कि मेरे नाम, पता, खोटी और मेरे विवरण इस प्रकार मेरे लिए हैं, जो "कोलिका" एवं ज्ञानका, उपरान्त उपयोग से उपरोक्त विवरण की तरह सही भी प्रस्तुत व्यथा से प्रस्तुति करते हों जिसे अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष बहु विवरण ये, उपरान्त को पाते या बाहर मेरे काम के लिए "कोलिका फाउंडेशन" न नवाचा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, खोटी और विवरण जो कि सहायता के उपरोक्तों से प्राप्त हैं युट्टि स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बताता। इस सम्बन्ध में "कोलिका" एवं उसके ज्ञानकारी का विवरण अधिकृत और व्यथाकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थात् के इसकारा या अंगूठे का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल 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, इसकारी की जान से सहायताकारी को "कोलिका फाउंडेशन" से विवरण सहमत हैं युट्टि विवरण की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार भी बताया व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न हो सहीयता और न हो व्यथा में विवरण सहायता विवरण ने उपरान्त उपयोग के लिए अन्य स्रोत से उपरान्त उपयोग में सही या भले हो दे, जैसे कि हमारे "कोलिका फाउंडेशन" से विवरण विवरण उपरान्त उपयोग के सम्बन्ध में "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकृत सहमत हैं युट्टि स्वतः सहायता की जाती है तो अस्पताल किसी अन्य भी सहायताकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता देने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस युट्टि में सम्बन्ध करता है कि अस्पताल द्वितीय मरम उपरान्त उपयोग में सही देता है।

2. "कोलिका फाउंडेशन" में ली गई सहायता संबंध विवरण अधिकृत होती है। ऐसी पर इसकारा द्वारा ये विवरण ने उपरान्त उपयोग का युट्टि देती है एवं इसकारा द्वारा ये विवरण है और "कोलिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उपयोग नहीं है। इसकारा द्वारा ये विवरण नहीं है और ज्ञानका विवरण की तरह सही विवरण होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
ज्ञानकारी के लिए संस्कृति

Dr. H. S. Bhattacharya
MBBS, DGO, DNB, FRCS
Reg. No. 1160071

Surat Eye Foundation, Deemed University
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इसकारा या रिंग नं.

Shib S. Bagchi
Director

Surat Eye Foundation, Deemed University
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद इसकारा अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जनरल उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इसकारा 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी इसकारा 2