

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **K/1119/1980** APPLICATION DATE: **5/11/2019**  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: **JAMUNA SUTRADHAR** AGE-YEARS **64** SEX **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **MADAN SUTRADHAR**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **PK BISHNAS ROAD, TITAGARH, NORTH 24 PARGANAS TOLLT, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **AS ABOVE**



OCCUPATION: **HOMEMAKER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **RS 1500 X 12 = 18000/-** (Attach Proof of Income)

PAN No. **स्वयं छात्र संलग्न** ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / NO हा / 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.	JAMUNA SUTRADHAR	64	F	SELF
2.	AMAL SUTRADHAR	37	M	SON
3.	AMIT SUTRADHAR	34	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
EPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न की)	अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न की)	उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छात्र प्रति संलग्न की)	अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: **सहायता हेतु किसे मने निम्न का उद्देश्य:**

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	<b>DIAGNOSIS — CATARACT — RE</b>
2.	<b>SURGERY — RE (SICS+IOL)</b>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त किया 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: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन उपलब्ध पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही यह सहायता है, जिसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में सहायता हेतु यह प्रमाण नहीं है, उक्त राशि का आंशिक या सफल विस्तार किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (आवेदक) आवेदकता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, प्रकाशित करने के लिए, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता हेतु दानों को एकत्रित करेंगे और/या मेरी सहायता हेतु जानकारी प्रसारित करेंगे। इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (आवेदक) आगे भी सहमत हूँ कि मेरी सहायता हेतु दानों को एकत्रित करने के लिए, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता हेतु दानों को एकत्रित करेंगे और/या मेरी सहायता हेतु जानकारी प्रसारित करेंगे।
- 2) मैं (आवेदक) आगे भी सहमत हूँ कि मेरी सहायता हेतु दानों को एकत्रित करने के लिए, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता हेतु दानों को एकत्रित करेंगे और/या मेरी सहायता हेतु जानकारी प्रसारित करेंगे, इससे मेरी सहायता हेतु दानों को एकत्रित करने के लिए, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता हेतु दानों को एकत्रित करेंगे और/या मेरी सहायता हेतु जानकारी प्रसारित करेंगे, का कोई भी अधिकार नहीं होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी 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.

इस प्रकार, आवेदकता की पुष्टि करने के लिए, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता हेतु दानों को एकत्रित करेंगे और/या मेरी सहायता हेतु जानकारी प्रसारित करेंगे, का कोई भी अधिकार नहीं होगा।

1) यह कि हम न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता हेतु दानों को एकत्रित करने के लिए, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता हेतु दानों को एकत्रित करेंगे और/या मेरी सहायता हेतु जानकारी प्रसारित करेंगे, का कोई भी अधिकार नहीं रखेंगे। यदि कोशिका फाउन्डेशन द्वारा सहायता हेतु दानों को एकत्रित करने के लिए, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता हेतु दानों को एकत्रित करेंगे और/या मेरी सहायता हेतु जानकारी प्रसारित करेंगे, का कोई भी अधिकार नहीं होगा, तो हमें सहायता हेतु दानों को एकत्रित करने के लिए, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता हेतु दानों को एकत्रित करेंगे और/या मेरी सहायता हेतु जानकारी प्रसारित करेंगे, का कोई भी अधिकार नहीं होगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मेरी सहायता हेतु दानों को एकत्रित करने के लिए, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता हेतु दानों को एकत्रित करेंगे और/या मेरी सहायता हेतु जानकारी प्रसारित करेंगे, का कोई भी अधिकार नहीं होगा। इससे मेरी सहायता हेतु दानों को एकत्रित करने के लिए, जिसके माध्यम से वे मेरी सहायता हेतु दानों को एकत्रित करेंगे और/या मेरी सहायता हेतु जानकारी प्रसारित करेंगे, का कोई भी अधिकार नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/11/2019</p>	<p><i>(Signature)</i> Anshu Das MBBS, MS Surgeon (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप Surgeon Centre</p>	<p><i>(Signature)</i> Shib Sankar Bagchi (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory) Susrut Eye Foundation on behalf of Hospital हमारे पक्ष में हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राथमिक हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राथमिक हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>(Signature)</i></p>	<p><i>(Signature)</i></p>