

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्थानीय देखभाल)	 Building Block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : KIIII9/ 2261	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 19/11/2019	AGE-YEARS वय-वर्ष : 65	SEX लिंग : F	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : PARESHA BIBI				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम : MD SAHID				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान स्थानीय घर SHAHULIA, BIRBHUM 731236, WEST BENGAL				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान स्थानीय घर AS ABOVE				
OCCUPATION: अपनाये HOUSEWIFE		MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (अमिहिर) <input checked="" type="checkbox"/>		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय Rs 17000 x 12 = 20400/-		(Attach Proof of Income) (आप का साथ सहजन)		
PAN No. स्थानीय खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): एक जरूरी खाता का योग्य है (जो जब भी उस पर गाड़ी का निशान लगाये) <input checked="" type="checkbox"/> Yes / No <input checked="" type="checkbox"/> हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के अधिकारी का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	PARESHA BIBI	65	F	SELF
2.	SK SARAF	67	M	HUSBAND
3.	IKFARAN SK	35	M	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिह्नित करें				
BPL Card (Attach Card Copy) भारतीय रेत के नीचे प्राप्त यथा (प्राप्त यथा की जगह इसी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्थ अय मर्द प्राप्त यथा (प्राप्त यथा की जगह इसी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त वर्ग के प्राप्त यथा (प्राप्त यथा की जगह इसी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सहायता	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विस्तृत वर्णन:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached स्थानानुदानीक या चारों को नहीं भिजायें सूची सहित			
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE			
2.	SURGERY — RE (SLCS + IOL)			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु किंतु अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही वर्ग सहायता दरी		

DECLARATION by APPLICANT: अवारेक द्वारा भेजना 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 खोला करता हूँ कि इस फॉर्म में लिखे गये जाती विवरण में सम्बद्ध सभी एवं यही है: पर्याप्त विवरण एवं काम का असाधारण यथा जल्द है तो मैंने सामग्री निवारण की या सही है।
- 2) मैं द्वारा जाती विवरण में लिखे गये एवं यही है, उसका उपर्युक्त यही उद्देश्य की गृहीत की गई है जिसे मैंने विवरण करवाया, वह इस प्राप्ति में भय नहीं है।
- 3) मैं नुस्खे करता हूँ कि निवारण से ज्ञान प्राप्ति की गई है, जब जाती विवरण में सम्बद्ध विवरण करवाया जाना से उसे विवरण है और वही विवरण में सही है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अवारेक द्वारा करता)

- 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 प्राप्ति पर अवारेक द्वारा जाती विवरण, वह (अवारेक) जाती विवरण की गृहीत करता हूँ एवं "कोशिका घटनाकाल और उसके सम्बद्धी" को अधिकृत करता हूँ कि मैंने यह, यह, फॉर्म और जो विवरण इस प्राप्ति में संमिश्र है, जो "कोशिका" द्वारा, जन्म, वयस्से, चर, वाक्यांश एवं उत्तरों से जुड़ी विवरणीय और उत्तरीयों के लिये विवरणीय विवरण में सही विवरण है।
- 2) मैं (अवारेक) इस प्राप्ति पर जाता हूँ कि मैंने यह, यह, फॉर्म और विवरण जो कि सामग्री के उत्तरों से प्राप्ति है गृहीत करता हूँ कि सामग्री का इकाया यही बनवाया इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उपर्युक्त विवरण विवरण और सम्बद्धी होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवारेक के हाथसे बाल्टी का निवारण

AGREEMENT by HOSPITAL: (आस्पत्ति द्वारा करता)

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.

हालांकि अधिकृत, दस्तखाती की अंदर मैं यहां विवरणीय की गृहीत करता हूँ, जिसे इन (आस्पत्ति) निवारण प्रकार से यथा या सहीकरण करते हैं।

- 1) यह कि मैं यहां विवरणीय में विवरण सामग्री विवरणीय गृहीत करवाया यह किसी अन्य स्रोत से उक्त उपर्युक्तसे में संगत नहीं है, जैसे कि इनमें "कोशिका घटनाकाल" से विवरणीय विवरणीय करते हैं एवं यहां में "कोशिका घटनाकाल" द्वारा ग्रहण होता है। पर्याप्त विवरणीय विवरणीय विवरणीय करते हैं एवं यहां सामग्री की विवरणीय विवरणीय करते हैं एवं यहां सामग्री की विवरणीय विवरणीय करते हैं। इस गृहीत में स्वतंत्र करता है मैं अस्पत्ति द्वारा पर यहां उपर्युक्तसे में संगत विवरणीय करते हैं।

2. "कोशिका घटनाकाल" के सभी गृहीत सामग्री विवरणीय गृहीत होती है। ऐसे पर इसका द्वारा ही यही विवरणीय विवरणीय विवरणीय करता है एवं "कोशिका घटनाकाल" द्वारा विवरणीय विवरणीय करता है। इसकी विवरणीय विवरणीय करता है एवं यहां विवरणीय विवरणीय करता है। इसकी विवरणीय विवरणीय करता है एवं यहां विवरणीय विवरणीय करता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृती के लिए संकेतिः

Shrikant Bagchi

Director

Surat Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

ग्रन्थ या एवं इसका अधिकृत विवरणीय

Date of Surgery
अंगीकृत की तात्पुत्र
19/11/2019

Dr. Archya Das
MD, MSc
NRI-89372
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
सरकार का याम या हस्ताक्षर का रूपांक

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION सामग्रीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2