

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. आवेदन संख्या: <b>K/0523/0235</b>		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: <b>30/05/23</b>		
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: <b>ABIT RANJAN BHUNIA</b>		AGE-YEARS आयु वर्ष: <b>63</b>	SEX लिंग: <b>M</b>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कन्या का नाम: <b>JUDHIR CHANDRA BHUNIA</b>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: <b>MAHENDRANAGAR, DAKSHIN GOPALNAGAR, SOUTH 24 PARGANAS, PIN 743392, WEST BENGAL</b>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता: <b>AS ABOVE</b>				
OCCUPATION: व्यवसाय: <b>UNEMPLOYED</b>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> UNMARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: <b>NIL</b>		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):		Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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 का साथ संबंध
1.	<b>ABIT RANJAN BHUNIA</b>	<b>63</b>	<b>M</b>	<b>SELF</b>
2.	<b>SATYA RANJAN BHUNIA</b>	<b>58</b>	<b>M</b>	<b>BROTHER</b>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) लरीकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1.	<b>DIAGNOSIS - CATARACT - LE</b>			
2.	<b>SURGERY - LE (SICS + IOL)</b>			
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 ली गई सहायता राशि		

**DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उम्मीद वाले उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांगा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं कभी भी अन्य सहायता या भुगतान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ 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 it's 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 it's 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 प्रकरण का अंतिम हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाने पर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके आचार्य" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् उसके, दान, चिकित्सा दवाइयों इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किया भी इसका उपयोग में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मांगे अनुसार जो प्रदान की जाए, मैं अपने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वतंत्र अधिकृत हूँ।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित है उसे स्वतंत्र, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके आचार्य का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**  
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

*Asif Ranjan Bhunia*

**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 it's 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.

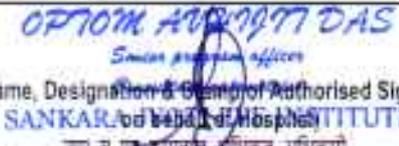
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारा अधिकृत हस्ताक्षर, हमारा अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" में वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्तिय उदात्त में सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियम उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अस्तित्व/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तिय मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी राशि सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही नई प्रक्रिया का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और करने वाले को स्वतंत्र जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>30/05/23</b>	 <b>Dr. Shikharish Das</b> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व दर्जा के साथ छाप	 <b>OPTOM ANUPRIYA DAS</b> Senior program officer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) <b>SANKAR EYE HOSPITAL &amp; INSTITUTE</b> नाम व पद हमारा अधिकृत अधिकारी
---	--	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आयसी हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आयसी हस्ताक्षर 2
