

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: K/0823/0477 APPLICATION DATE: 15/08/23
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: NIRU DAS AGE-YEARS आयु-वर्ष: 53 SEX लिंग: F
अवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: GOBIND DAS
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वास्तविक आवासीय पता
166/H/23, KESHAB CHANDRA SEN STREET
RAJA RAM MOHAN SARANI, KOLKATA 700009,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION: HOUSE WIFE
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: NIL
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आय संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय का दाता हैं (जो वास्तविक हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

हाँ / 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 अवेदक के साथ संबंध
1.	NIRU DAS	53	F	SELF
2.	GOBIND DAS	54	M	HUSBAND
3.	PAPPU DAS	28	M	SON
4.	KHUSBU DAS	24	F	DAUGHTER
5.	BIMAR DAS	20	M	SON
6.	SHYAMAL DAS	18	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छात्र 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.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIKS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अवेक द्वारा कीजिए):

- 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी 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 यहाँ पर यकीनपूर्वक कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इस उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस मदद का उपयोग या सहायता किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेक 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 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 प्रश्न या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा नाम, पता, फोटो या अन्य उद्देश्य से कुछ विज्ञापनों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का निवारण मेरे इलाके में रहने या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।

2) मैं (अवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे पता है: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और सम्प्रकारण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेक का हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

हमने यहाँ पर, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता सम्बंध या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पावले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि के तहत वित्तीय सहायता हेतु "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निगम अतिरिक्त सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता या किसी अन्य सम्बंध से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सहायता लेने या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या किये गए उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज मुक्त और आप जहाँ की चर्चा किमोथेरेपी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 15/08/23	Dr. Shibashis Das M.B.B.S. M.S. Gold Medalist (Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व पंजीकृत नं. के साथ	OPTOM. MANJITI DAS (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of Hospital) SANKARA EYE CARE INSTITUTE
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अन्तर्गत उपयोग हेतु):

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अध्यक्ष हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अध्यक्ष हस्ताक्षर 2