

CHD- 46808.

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

L / 0325 / 0054

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 22/13/28NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

PADMA RANI BAUL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कपुत का नाम

LT. Tarapada Baul.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासान आवासीय पता
Mahespur, Nimtala, Mokdunpur
Madar - 732103

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

DO

OCCUPATION:
व्यवसाय

House wife

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

84,000/- (₹)

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
ममा आप आय कर देता है (जो मात्र हो उस पर यही का निशान लगायें)Yes / No
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 आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| 1. | Padma Rani Baul 68 | 68 | F | SELF |
| 2. | Ganesh Baul | 52 | M | SBR (L) |
| 3 | Gobinda Baul | 56 | M | U (M). |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनाशी आवाहन

| BPL Card (Attach Card Copy) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) | Ration Card (Attach Copy) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष |
|---|--|--|--|
| गटीबीं रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।) | अल्प आव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।) | उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें।) | |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| | Diagnosis → IE → CATARACT |
| | Surgery → IE → (SICUS + IOL) |
| | |
| | |

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 रकम |
|------------------------|---|--|
| | NPGVII | 2000/- |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संघर्षण पत्रः

- 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 available 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 संघर्षण करता हूं कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण भौतिक जनकारी के अनुसार सत्य एवं जहां हैं। यदि कोई विवरण इस कश्चन असत्य या जल्द है तो मैं सहायता नियम की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा भी सहायता यांत्रिक काउंटरेंसन, जो तो आ रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भरा रखा है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूं कि यिस सहायता द्वारा यह प्राप्ति की रही है, उस तरिके का आवेदक या लकड़त हिस्सा किसी अन्य द्वारा/नियोजक/बीमा कानूनी से न तो लिया है और न ही खर्च में है।

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 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 प्रकाश पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ण करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत जगता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकाश में प्राप्ति है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, या, नाचनकाश द्वारा उद्देश्य से जुड़ी विशिष्टियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी द्वारा माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे इश्वर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस जात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है नुस्खे स्वतः सहायता का हकदार नहीं जाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का नियंत्रण अतिम और बाह्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का लियान

LTE Padma
Rani Bawali

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.

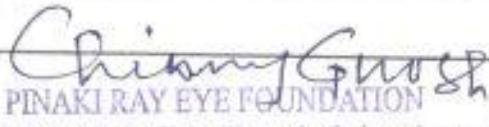
हमां अधिकृत, हस्पताल की ओर से भाग्योदयी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हुए सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विन ड्रक्ट से जान्य व स्वीकर करते हैं।

- 1) यह कि न तो अन्याय और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी ऐसे सरकारी संस्थान या विस्तीर्ण अन्य स्वैतंत्र से उक्त एनोइ/मामले में लेने वा दे रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिलारिशनिनीत उक्त की सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बदल हुए हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोगी आविष्कार/सकार नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सरकार से सहायता लेने का अधिकार भूरिभूत रखता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बदल उक्त एनोइ/मामले हुए किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

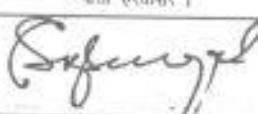
2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो नहीं महायाता को लेते विविध प्रक्रिया की हैं। ये एवं हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर उपचार/इक्रिया का चुनव योगी एवं हस्पताल की होती है और "कोशिका" को कोई प्रमिता या लिमिटेडी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

| | | |
|---|--|--|
| Date of Surgery अंतिम संग्रह के तारीख |  Dr. RASHTI RAY (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) राष्ट्रीय कानूनी चमक्कीली वाई/एमसी |  Chintam Gupte PINAKI RAY EYE FOUNDATION (Name/Designation & Stamp of Authorised Signatory On behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकारी अधिकारी |
| OPHTHALMOLOGIST FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION | | |

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्पताल 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्पताल 2

