

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/07/2/0554

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11.06.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

MANJUSHRI MAITI

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

62

SEX धर

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

SHACHINDRANATH MAIT*

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

147/3 P. RUKHARJEE ROAD II, BELGHARIA
NORTH 24 BARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. क्या है/नहीं है

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो वाक्य हो उस पर चक्रांकित करें)

Yes / हाँ

No / 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 से क्या संबंध
1.	MANJUSHRI MAITI	62	F	SELF
2.	SOMESWAR MAITI	29	M	SON
3.	RABISANKAR MAITI	26	M	SON
4.	SARMISTHA MAITI	33	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सबसे गरीबों के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने निती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़े को नई डॉक्टरों सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CTTRACT-LE
2.	SURGERY- LE (SICSTIBL)

ASSISTANCE BEING AWAIED 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 AWAIED ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

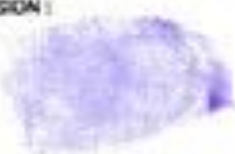
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्रदान की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहमत हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिक या कम हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-out/produce 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एनएफआई, पत्र, समाचार पत्रों, उत्सवों के मुहूर्त पोस्टरों और प्रचारिकाओं के लिये किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण की प्रत्यक्ष के फोटो या नाम से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्रयोग हेतु प्रदान किया जा रहा है वह सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एनएफआई अधिकृत का निर्णय अंतिम और अप्रतिपक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हमारे) निम्न प्रश्न से सहमत न होकर मानते हैं:
- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उस के कारण मैं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" इस सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/अधिकृत हेतु नगुन नहीं किया जाता है तो हमारे किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि हमारे/हमारे द्वारा उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता लेने या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे/ले रहे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले रहे/ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमारे/हमारे इस से नहीं मानता कि हमारे/हमारे का चुनाव रोगी एवं हमारे/हमारे के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारे/हमारे में रोगी के द्वारा चयन और अपने/अपने को सही विनिर्देश ले रहे एवं हमारे/हमारे को ले रहे और "कोशिका" को कोई प्रभाव या विनिर्देश इस मामले में नहीं ले रहे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसूचित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11.08.17

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No.-5806
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हमारे/हमारे का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Dr. Sankar Bagchi
Director
Sankar Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
हमारे/हमारे का नाम व पद हमारे/हमारे अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जिसकी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जिसकी हस्ताक्षर 2