

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0417/0596

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/02/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

SHANTI DEBNATH

AGE/YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

SUNIL DEBNATH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

SHARAT BISWAS ROAD & MATURDAR BAGANER
ROAD 7 BASIRHAT NORTH 24 PARAGANAS
743411, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. एनपीआर संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes/हाँ

No/नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	SHANTI DEBNATH	56	F	SELF
2.	BABU DEBNATH	23	M	SON
3.	SIBU DEBNATH	28	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निहित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से सही की गई इमिनेंट सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह सहायता पारी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन सत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना प्रपत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस बात को सकारण स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग सही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में, इस मदद या सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ 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 & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत हो कर (अर्शक) मैंने स्वीकार कर लिया है कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करने के लिए मैंने अपना नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में घोषित किए हैं, जो "कोशिका" फाउंडेशन द्वारा, कर्मचारियों, स्वयंसेवकों, डॉक्टरों, नर्सों, वॉलंटियर्स और प्रशिक्षकों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। मेरी इस सहमति के बिना किसी भी प्रकार से मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" को अधिकृत करने के लिए मैंने स्वीकार कर लिया है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिए मैंने स्वीकार कर लिया है। इस प्रपत्र पर "कोशिका" फाउंडेशन द्वारा प्रसारित की गई किसी भी जानकारी को मैंने स्वीकार कर लिया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄지 انگुठ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 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.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सहमत हो रहे हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार के स्रोत से या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" हमें वित्तीय सहायता नहीं देता, तो हमें अपने स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए स्वतंत्र रहेंगे। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए आवश्यक है, कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए आवश्यक है।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी वित्तीय सहायता प्राप्त की जाती है, उसे हम हस्पताल द्वारा ही प्रसारित करेंगे और इसे हमारे रोगी के लिए ही उपयोग करेंगे। हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए आवश्यक है, कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए आवश्यक है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) सिफारिश (अनुमोदन/खारिज का निर्णय लें)		ACCEPTANCE सहमत	REJECTION खारिज
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 14/08/18	Dr. Arindam Deb MBBS, CO, FRCS Reg. No. - 58090 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Research Centre हस्पताल का नाम व हस्ताक्षर व छाप	Sanjay Sanjay Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SANCTIONED अनुमोदित	REJECTED खारिज	SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2