

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. : K/0717/0621 APPLICATION DATE : 15/07/17

NAME of APPLICANT : SANKAR LAL DAS AGE-YEARS : 72 SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MOTILAL DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : 6/262B, GAYESHPUR R.R. COLONY, KALYANI, NADIA-741234, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : AS ABOVE

OCCUPATION : UNEMPLOYEE

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

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 संबंध
1.	SANKAR LAL DAS	72	M	SELF
2.	SANDIPAN DAS	28	M	SON
3.	CHITTY DAS	22	F	DAUGHTER IN LAW
4.	SUDHAN DAS	12	M	GRAND SON
5.	SUSHIL DAS	35	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्त/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़े को गैर प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIERS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED एक गैर सहायता राशि

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं होता तो मेरी प्रार्थना निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रार्थना हेतु या उद्देश्य को पूरा करने के लिए, मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड लूंगा और न ही बीमा में लूटूंगा।

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/print-upreproduce 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में अधिकृत हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी माध्यम से मुझे वितरित करने के लिए उपयोग करे। इस प्रारूप का उपयोग मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के उपयोग में लाया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी माध्यम से जानकारी दी जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this candidate 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.
- उपरोक्त अधिलेखित, हस्ताक्षर की जाते हैं हमारे द्वारा कोशिका फाउंडेशन को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) बिना किसी भी शर्त के सहमत हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या नही, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमारे पास है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

15/05/2017

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No. 58096
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Shib Sankar Bagchi
Director
Cancer Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा सहमति)SIGNATURE of TRUSTEE 1
हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
हस्ताक्षर 2