

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building block of life.

 APPLICATION No. : K/0717/0622

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 15.07.17

आवेदन तिथि :

 NAME of APPLICANT : PRASANTA KUMAR NAG

आवेदक का नाम :

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 55

SEX लिंग : M

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MARAN CHANDRA NAG

पिता/पत्नी का नाम :

 PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बर्तमान निवास पता

CATH/1 BANI KASHMANT GARDEN LANE TANGRA

KOLKATA, 700015, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —

 OCCUPATION : LABOUR

व्यवसाय :

 TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 16000 x 12 = 19,200/-

कुल वार्षिक आय :

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)
PAN No. : ☐ YES ☐ NO

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

Yes (H)

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

हां / 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 संबंध
1.	PRASANTA KUMAR NAG	55	M	SELF
2.	PRADIP NAG	58	M	BROTHER
3.	NILKAMAL NAG	62	M	BROTHER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवश्यकता के लिये विधि अनुसार

EPL Card (Attach Card Copy) एपिली कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयस एयस सी का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवश्यकता हेतु किसे कौन किसकी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन कितनी सहायता पा रही है

DECLARATION by APPLICANT: since you state that

- 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 Kashika 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 स्पष्ट कर रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं मानकर गलत प्रस्तुत किया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे स्पष्ट कर रहा हूँ कि "कॉन्सिडर पयामेंट", से जो पैसा मिलेगा, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर स्पष्ट कर रहा हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि, उसे किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेऊँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach per unit)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी बायेंडी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोषीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, बायेंडी और मेरे विषय इस प्रार में बायेंडी है, इसे "कोशिका" द्वारा अपने, घर, पत्राचार द्वारा अर्शक से मुझे अधिकृत और उपयोगियों को उनके विषय से इसका उपयोग के अधिकार करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रार का विचार की इसका मेरे पहले का घर के अपने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व उसके अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस प्रार में करता हूँ कि मेरा नाम, पता, बायेंडी और विषय को कि इसका मेरे अधिकृत की अधिकृत है मुझे भरा: इसका का इसका नहीं करता। इस प्रार में "कोशिका" द्वारा अपने अधिकृत का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

and the other two are the same as the first two.



AGREEMENT by HOSPITAL. (even go w/pt)

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:

- 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.

इसके अतिरिक्त, हमेशा के लिए और से मजबूती के "कठिना समस्याएं" से निपटने का एक ही विचार है। विचारों को जारी है, जिसे हम (अपना) फिर प्रकाश में आने में सक्षम न होकर करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संमति (स्वीकृत/निस्त का स्थान सहाय)		ACCEPTANCE मंजूर		REJECTION नमंजूर	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15.07.17	Dr. Arindam Deb MBBS, D.O., FRCS Reg. No. - 50096 Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.		Sankar Bagchi Director Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी		
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION					
✓ SANCTIONED संमति	REJECTED नमंजूर	SIGNATURE of TRUSTEE 1 मंजूर इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 मंजूर इलाका 2	
					