

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building block of life

APPLICATION No. : K/0717/0623

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 15/08/18

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : SUSHIL NAG

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MORAN NAG

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

69/H/1 RANI BASHMANI GARDEN LANE,
KOLKATA, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION : LABOUR

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : RS. 1500 * 12 = 18000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. आई एन आर नंबर

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

Yes / हाँ

नहीं / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	SUSHIL NAG	61	M	SELF
2.	BINA NAG	53	F	WIFE
3.	JAYA NAG	30	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्न विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु विषय एवं विधि का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अवस्थापन/दवाखाने से जारी की गई प्रमाणित दवाइयों का प्रमाण
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता मिली अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED उसी उद्देश्य के हेतु

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं करता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग उम्मीदवार को पूर्णतः मेरे लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं पूर्णतः प्रमाणित हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं हूँ, उस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/photocopy 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अवगत करवाता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, प्रिंट, या अन्य माध्यमों द्वारा उपयोग में लानें और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार से प्रसारित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरी प्रकरण का विवरण मेरी प्रकरण को सत्य या सत्य के रूप में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लक्ष्यों के प्रसारित हैं, मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्प्लॉयर ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या बाईं थंब का निशान

**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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारा/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण में पात्र न मानकर करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उठा लेने/पूराने में लगे जा रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अवसर हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमारा निर्णय अन्य है। हस्ताक्षर करने या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अतिरिक्त सुनिश्चित करता है। इस दृष्टि में स्पष्ट बना जाता है कि अस्पताल द्वारा प्रदान उठा लेने/पूराने हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/पूराने।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि सहायता प्रदान की जाती है, वह राशि केवल वित्तीय प्रकृति की है। यदि या हस्ताक्षर द्वारा ही वह सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का प्रचार लेने एवं हस्ताक्षर को सही का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। हमारे/हमारे हस्ताक्षर में कोई भी प्रचार प्रचार और जाने जाने की सही सिफारिश लेने एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

संस्तुति (स्वीकृत/निरास का निरास लगाने)

ACCEPTANCE

संस्तुति

REJECTION

निरास

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15.08.18

Dr. Arindam Deb
MBBS, DO, FRCS
Reg. No. - 58096
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, नं.

Shib Sankar Bagchi
Director
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

✓
SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
निरास

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर 2