

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 Foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0717/0628

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

15/08/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

KRISHNA PADA DAS

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

BHAKTA DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

 PANITER PURBA DASPADA, TINDA, PANITER,
 BASIRHAT, NORTH 24 PARGANAS, 743472,
 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

UN EMPLOYER

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. संदर्भित कर संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मानें उसे पंक्ति में चिह्नित करें)

Yes / No

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 सम्बन्ध
1	KRISHNA PADA DAS	67	M	SELF
2	SOMAY DAS	58	F	WIFE
3	SWAPAN DAS	34	M	SON
4	TAPAN DAS	31	M	SON
5	GISHNUPADA DAS	29	M	SON
6	BRITIASPATI DAS	27	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) राश्वरी कार्ड के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे पत्र लिखने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुष्मान/वैद्यिक से जारी की गई प्रमाणित दवाइयों संलग्न
1.	DIAGNOSIS- CATARACT-LE
2.	SURGERY- LE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED ले गई सहायता की राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा बताना)

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य माना गया है तो कोई सहायक प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे सहायक यदि "कोशिका फाउंडेशन", से लेता हूँ तो, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायक से प्राप्त करने की नहीं हूँ, इस बात का अधिकार या भुगतान किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा बताना)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 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 accessible to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़ सकते हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित करने के लिए और/या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ।

2) मैं (अर्शक) इससे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए मुझे सहायक का अधिकार नहीं मिलता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी को अंतिम और बाध्यकारी माना जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएं 엄指 का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा बताना)

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 करने वाले को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायक से वित्तीय सहायक की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) केवल इसका उपयोग करने के लिए हैं।

1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए या लेने के लिए हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायक प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किया गया वित्तीय सहायक से प्राप्त किया जाता है तो हमारा हॉस्पिटल इसका उपयोग करने के लिए अन्य सहायक से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमारा हॉस्पिटल इस प्रपत्र पर इस रोगी/रोगी के लिए वित्तीय सहायक संगठन या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायक केवल वित्तीय प्रकृति का है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा लेने का चयन या चिकित्सा उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रसारित किया गया कोई भी प्रपत्र नहीं है। इसलिए हमारा हॉस्पिटल में रोगी को प्रदान किया जा रहा है और उसे को सही चिकित्सा देने एवं हॉस्पिटल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी वित्तीय या वित्तीय इस सम्बंध में नहीं होगा।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संयुक्ति (अधिकृत/निर्णय का निर्णय लें)

ACCEPTANCE
संयुक्ति

REJECTION
संयुक्ति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15.08.18

Arindam Deb
MBBS, DO, FRCS
Reg. No. - 58096
(Name of Dr. & Regt. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम इस प्रकार है: डॉ. २

Sankar Bagchi
Director
Sankar Eye Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल का नाम इस प्रकार है: अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग के लिए)

☒ **SANCTIONED**
संयुक्ति

☐ **REJECTED**
संयुक्ति

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आशी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आशी हस्ताक्षर 2