

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0717/0630

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15.08.17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

BHANU BAIDYA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

KARTICK BAIDYA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

MARUDANDI, NORTH 24 PARGANAS, 743292,
WEST BENGAL.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 1550 x 12 = 18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. राष्ट्रीय पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्नित करें)

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.	BHANU BAIDYA	61	M	SELF
2.	SAIBTRI BAIDYA	53	F	WIFE
3.	UTAM KUMAR BAIDYA	30	M	SON
4.	PIYALI BAIDYA	26	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (आय पर की जाय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof आय कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

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

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करना):

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को न्यस्त करने का अधिकार है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं किसी अन्य सहायता हेतु न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही अधिक राशि का भुगतान कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित करें, प्रकाशित करें, प्रसारण में सूचीबद्ध करें और अन्य माध्यमों के माध्यम से जानकारी के लिए जानकारी के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को सूचित करें।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित कर सकते हैं। इस बात का इन्कार नहीं करता। इस प्रारूप में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्माण किया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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, हम यहाँ घोषणा करती हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश कर रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के संबंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रक्रिया हेतु मांगी जाती है तो हम यहाँ घोषणा कर सकते हैं कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलेगी। इस प्रारूप में सहायता प्राप्त करने के लिए हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है। इस बात का इन्कार नहीं करता। इस प्रारूप में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्माण किया गया है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगावे)

ACCEPTANCE
सहमति

REJECTION
निरस्त

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/08/18

Dr. Arindam Deb
MBBS, DO, FRCS
Reg. No.-58090
Sankar Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
निरस्त

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आवेदक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आवेदक 2