

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0717/0637

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/08/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

JOYDEB BALLAV

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

LATE RADHA GOBINDO BALLAV

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PART NO-0164, RAJIBPUR, BIRA,
NORTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

UNEMPLOYED

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यहाँ खाल छोड़ें)

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

क्या आप आय कर का दाता हैं (जो सत्य हो उस पर चिह्न लगाएं):

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 के साथ संबंध
1.	JOYDEB BALLAV	70	M	SELF
2.	CHANDI BALLAV	60	F	WIFE
3.	TUMPA BALLAV	38	F	DAUGHTER
4.	RUDHAS BALLAV	35	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गये विकल्प का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगप्रमाण/दवाखुरा से जुड़े की गई डॉक्टरों की सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIOPH + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या होगी?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कौन सी राशि सहायता पारंगी



DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am the owner of the property. ☐ I am not the owner of the property.

- 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/suspension.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashiya 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 गारंटी करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँगा तो मेरा आवेदन एवं मेरी सहायता, यदि कोई हो, अस्वीकार/संश्लेषण के लिये लायक होगी।
- 2) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि "उद्देश्य" के अन्तर्गत, यदि मैं कशीया फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करूँगा, तो मैं उसे केवल उद्देश्य के लिये ही उपयोग करूँगा, जिसके लिये मैंने इस सहायता की मांग की थी।
- 3) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, जिसके लिये मैंने इस सहायता की मांग की थी, उस राशि का पूरा या आंशिक रूप से वापस नहीं लेना।

AGREEMENT by APPLICANT (PLEASE SEE WELL)

- 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/post/upload/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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृवर्गों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" पत्रक, पत्रिका, पत्र, पाठ्यक्रम या अन्य माध्यमों के द्वारा लोकप्रियता और जानकारी के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस प्रकार का विवरण मेरी सहायता के लिये या मेरे कार्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भ्रातृवर्गों के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरी सहायता के लिये या मेरे कार्य के लिए प्रकाशित करने का अधिकार कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृवर्गों के पास रहेगा। इस संबंध में "कोशिका" पत्रक, पत्रिका, पत्र, फोटो और विवरण का प्रकाशित करने का निर्णय कोशिका और भ्रातृवर्गों को होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION
 30496 46 80000 01 0000 0000

Joydev Bhatta

AGREEMENT by HOSPITAL, CENTER FOR MED.

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.

इससे अधिष्ठान, इसकापरी को ओर से मारनेलेने को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारीश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी रीर साधकसे प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से उस समीचामार्ग में लेने का सं ख है, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारीश/सिफरी उक्त के प्रत्यक्ष में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/मनाते हेतु मंजूर नहीं किया जाते हैं तो अस्पताल किसी अन्य रीर साधकसे योग्य या किसी अन्य साधारण से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सुक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उक्त लेने/पावने हेतु किसी रीर साधकसे संभव या किसी अन्य साधक से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से ले पाई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। लेने वा हस्तगत हुए ले पाई सहाय या किले पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने के इरादा मुक्त और आगे जाने की सारी किल्मेदारी लेने एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई धर्मिक या डिमांडो हर प्रकारों में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संज्ञा (स्वीकृत/निरास का निशान लगाये)		ACCEPTANCE संज्ञा	REJECTION निरास
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/01/12	Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No.-58090 Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) रोगी का नाम व इलाज का विवरण	Shri Sankar Bagchi Director Susrut Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) जब व कौन इलाज अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

 SANCTIONED अनुमोदित	REJECTED अस्वीकृत	SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हसनकर १	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हसनकर २
			