

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

(স্বাস্থ্যকর)

(সহায়তা প্রাপ্তি)

Koshika
Foundation
Building hope of life

APPLICATION No. :

অবেদন নং :

K/0717/0647

APPLICATION DATE :

অবেদন তারিখ :

13/03/17

NAME OF APPLICANT :

অবেদনকারীর নাম :

SANTI RANJAN KAR

AGE-YEARS (মহি-বর্ষ)

67

SEX (লিঙ্গ)

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

পিতা/স্বামীর নাম :

MANINDRA CHANDRA KAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (বর্তমান বাসগৃহ)

GANDHI NAGAR, PANIHATI (MD), NORTH 24
PARAGANAS, HOOGLY, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (স্থায়ী বাসগৃহ)

AS ABOVE

OCCUPATION :

পেশা :

UNEMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME :

মোট বার্ষিক আয় :

NIL

(Attach Proof of Income)

(আয় প্রমাণ সংযুক্ত করুন)

PAN No. (TIN) (সিই নং)

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

কোন আয় কর প্রদানকারী (যদি কোনটি প্রযোজ্য হয় তাহলে চিহ্নিত করুন)

Yes /
হ্যাঁ / হ্যাঁ

FAMILY DETAILS (কোটা বিবরণ)

Sl. No. ক্র. নং	Name of Family Member কোটা সদস্যের নাম	Age (Years) বয়স (বর্ষ)	Gender লিঙ্গ	Relation with Applicant অবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক
1	SANTI RANJAN KAR	67	M	SELF
2	BAPU KAR	33	M	SON
3	PURNIMA KAR	28	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

সহায়তা চেয়ে দিচ্ছেন কেন?

BPL Card (Aadhar Card Copy) মহাভারত কার্ডের কপি (আমার নামের সাথে যুক্ত থাকবে)	ESIS Certificate (Attach Certificate Copy) এসআই সার্টিফিকেটের কপি (আমার নামের সাথে যুক্ত থাকবে)	Ration Card (Attach Copy) রেশন কার্ডের কপি (আমার নামের সাথে যুক্ত থাকবে)	Any Other Basis/Proof অন্য কোনো প্রমাণ
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

সহায়তা চেয়ে দিচ্ছেন কি জন্য?

Sl. No. ক্র. নং	Medical Reports/Prescriptions Attached অস্বাস্থ্য/ঔষধি সহকারী চিকিৎসা প্রতিবেদন সংযুক্ত
1	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2	SURGERY - RE (SKS TOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

এই উদ্দেশ্যের জন্য সহায়তা কিভাবে অন্য কোথা থেকে প্রাপ্য হবে?

Sl. No. ক্র. নং	NAME of OTHER SOURCE অন্য কোথা থেকে	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED কী পরিমাণ সহায়তা প্রাপ্য

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 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मैं इससे जो सहायता पति "बोर्डिंग फायरिंग", मेरी ही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी सहायता से या प्रत्येक को नहीं हूँ, उस राशि का अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी जानकारी को सुविधा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भ्रातृवर्गों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस द्वारा मैं प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, प्रकाशित करने के लिए उपयोग से मुझे परिचितियों और उपलब्धियों के लिए विज्ञापन से प्रशिक्षण करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा मैं विवरण में हस्ताक्षर के अंगूठे या छाप के द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंगूठे से प्रेषित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भ्रातृवर्गों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

Sambutan kar

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 अधिकतर, इसकाही की ओर से साबित/ऐसे की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि व जो साधन और व जो रीतिम में वित्तिय सहायता किसी और साधन/रीतिम या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रुग्ने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के साधन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अधिक/अवसर हेतु पान्ना नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साधन/रीतिम या किसी अन्य साधन/रीतिम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी और उक्त रोगी/रुग्ने हेतु किसी और साधन/रीतिम या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेने।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नई सलाह या विनये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निम्न है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भी सलाह या सिफारिश इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE मन्त्र	REJECTION नमन्त्र
Date of Surgery सर्जरी की तारीख 12/08/18	 Dr. Arindam Deb MBBS, DO, FRCS Reg. No.-58096 Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पद व	 Shish Shankar Bagchi Director Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका संस्थान संस्थापक	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SANCTIONED समूह	REJECTED समूह	SIGNATURE of TRUSTEE 1 प्राप्ति हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 प्राप्ति हस्ताक्षर 2
			