

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Vision of life

APPLICATION No.: K/0717/0650

अर्पण संख्या :

APPLICATION DATE: 18/07/17

अर्पण तिथि

NAME of APPLICANT: KANAI THAPA

अर्पणकर्ता का नाम

AGE-YEARS 55

वर्ष-वर्ष

SEX M

लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME: SHYAM BAHADUR THAPA

पिता/पत्नी का नाम

SHYAM BAHADUR THAPA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

9 RADHANATH CHOWDHURY ROAD, LARD NO-56,
KOLKATA MUNICIPAL CORPORATION, TANGRA,
KOLKATA, 700015, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

AS ABOVE

OCCUPATION: LABOUR

व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: RS. 1800 x 12 = 21,600/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (If any)

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

Yes / हाँ

No / नहीं

FAMILY DETAILS

संलग्न विवरण

Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member संलग्न सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant अर्पणकर्ता से संबंध
1.	KANAI THAPA	55	M	SELF
2.	ANJALI THAPA	24	F	WIFE
3.	RASHI THAPA	24	M	SON
4.	RANA THAPA	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु कार्ड का प्रमाण पत्र (आय का प्रमाण पत्र संलग्न करें)	Ents Certificate (Attach Certificate Copy) आय का प्रमाण पत्र (आय का प्रमाण पत्र संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) आय का प्रमाण पत्र (आय का प्रमाण पत्र संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof आय का प्रमाण पत्र
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु निम्न उद्देश्य:

Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached आय/आय का प्रमाण पत्र
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SICS + IOL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:
एक उद्देश्य के लिए सहायता अन्य स्रोतों से प्राप्त हो रही है

Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सहायता का राशि
---------------------	---	--

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषण पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस मदद का अधिक या कम किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स 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 & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/republish 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 donation to 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी की पूर्णतः स्वीकृति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोयोगी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, चरित्रिकाएँ, दूरदर्शन से प्रसारण, गैलरी/विशेष और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रसारण करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रपत्र का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्णतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यायोयोगी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

**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 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, हस्ताक्षर की और से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उस के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/व्यक्तिगत हेतु प्राप्त की जायेगी तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करता है कि हमारा निर्णय पर उस रोगी/रोगी के हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले रहे/ले रहे।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या बिना गैर उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृति/निरास का चिह्नन लगाये)

ACCEPTANCE
सम्मत

REJECTION
नसम्मत

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
17/08/17

Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No. 58096
Senior Eye Foundation & Research Centre
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप, न.

Shishankar Bagchi
Director
Koshika Foundation & Research Centre
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोयोगी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायोयोगी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
संस्तुति

REJECTED
नसम्मत