

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 Foundation
 Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0717/0661

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

17/04/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

BISWANATH PD JAISWAL

AGE-YEARS आयु-वर्ष

58

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

LATE LAKSHMI PD JAISWAL

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासी पता

33/1A POLIN KHATIK ROAD, KOLKATA,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासी पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION |

व्यवसाय

RICKSHAW DRIVER

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS. 15000 X 12 = 18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 से संबंध
1.	BISWANATH PD JAISWAL	58	M	SELF
2.	RUKMINI JAISWAL	50	F	WIFE
3.	AMAN JAISWAL	24	M	SON
4.	BISAL JAISWAL	23	M	SON
5.	RILAM JAISWAL	12	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/वैद्यक से जुड़े कोई भी प्रमाणित दृष्टि प्रमाण
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (VICTUAL)

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा पर):

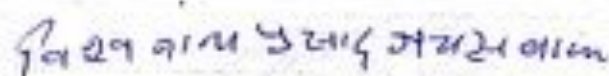
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में या तो, या किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, या, कचराया दूर के जर्नेल में मुझे प्रतिनिधित्व और प्रदर्शित करने के लिए किसी भी प्रकार का प्रयत्न करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के पैसे या कर के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में गवाही अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे/हमारे की "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 उसका लेना/पाने में लेने या ले रहे हैं, बस कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उसका के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश अधिकृत/कमाल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा/हमारे द्वारा प्राप्त उसका लेना/पाने हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/पाने।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे/हमारे द्वारा ही यह सहायता या किसी भी अन्य सहायता संगठन का चुनाव हमारे/हमारे द्वारा ही किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा/हमारे में हमारे/हमारे द्वारा ही सहायता संगठन और अपने अपने की सही निर्णय/हमारे/हमारे द्वारा ही हमारा/हमारे की होती और "कोशिका" की कोई भी सहायता या निर्णय/हमारे/हमारे द्वारा ही नहीं होता।

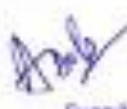
RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
 संमति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगावे)

ACCEPTANCE
 मन्जूर

REJECTION
 मन्जूर

Date of Surgery
 ऑपरेशन की तारीख

18/08/18



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



Sanjay Bagchi
 Director
 Susrut Eye Foundation & Research Centre
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 हम व पर हमारा अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION मन्त्रिक उपयोग हेतु
SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
 मन्जूर

REJECTED
 मन्जूर