

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

K/0717/0666

APPLICATION DATE:

29.06.17

आवेदन संख्या:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

KHUKU MALIK

आवेदक का नाम

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

30

SEX (लिंग)

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

ANATH MALIK

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास पता)

 VILL - GUNADANGI, PO - MUJASIRHAT, PS - TAGOR
 BHULAVAR, DIST HOWRAH - 711010 WB INDIA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास पता)

SAME AS ABOVE.



OCCUPATION:

FACTORY LABOUR (SELF)

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

24000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (वर्ष) (आय कर)

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

हां/नहीं (जो लागू हो उस पर टिक करें)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. क्र. सं.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	KHUKU MALIK	30	F	SELF
2.	ANATH MALIK	35	M	HUSBAND
3.	PRIYA MALIK	16	F	DAUGHTER
4.	PURNIMA MALIK	13	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदन के लिए आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पीबी कार्ड का प्रमाण पत्र (आवेदन पर जो आवेदन प्रमाण पत्र)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (आवेदन पर जो आवेदन प्रमाण पत्र)	Ration Card (Attach Copy) आवश्यक कार्ड (आवेदन पर जो आवेदन प्रमाण पत्र)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिने गए निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्र. सं.	Medical Reports/Prescriptions Attached आपत्त/प्रीस्क्रिप्शन से संबंधित कोई भी डॉक्टर द्वारा जारी प्रमाण पत्र
	• DIAGNOSIS - CORNEAL SEVERAL TRAUMATIC INJURY (I.E.) + CATARACT SURGERY
	• TREATMENT - REPAIR OF CORNEAL INJURY WITH CORNEAL GRAFT SURGERY.

 Dr. S. Das
 MBBS, FRCO
 Reg. No. 15531

Sri Eye Foundation & Research Centre

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्र. सं.	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई भी सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 झूठा विवरण दान करने वाला प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग उद्देश्य के पूर्ण में होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सत्य है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रीकम्बर्समेंट है और न ही बीमा में लूट।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकृति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/submit/print-out/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 (अर्शक) अपने स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित करें, इसे "कोशिका" द्वारा, या, कर्मचारियों द्वारा, उद्देश्य के पूर्ण में पूर्ण करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का उपयोग कोशिका फाउंडेशन के द्वारा मेरे उपचार के पूर्ण में पूर्ण करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रसारित किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के पूर्ण में पूर्ण करने के लिए सहायता का प्रसारण नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रसारित की गई जानकारी को अंतिम और बाध्यकारी मानें।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- उपरोक्त अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रारूप में सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या न तो करेंगे, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतराल को पूरा करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में सत्य बात यह है कि सहायता वित्तीय मात्र। हमारा उत्तरदायित्व होगा कि हमारी सेवा या किसी अन्य उपचार से भी सहायता लेते हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो राशि सहायता प्राप्त होगी, उसे हम हॉस्पिटल द्वारा ही नई सहायता या किसी भी अन्य सहायता के लिए या न तो करेंगे। हमारे और हमारे बीच की सहायता के लिए हमें सहायता के लिए और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में होने वाले सभी उपचार और अन्य सेवाओं की सहायता के लिए हमें सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 29.06.2017	Dr. S. Das MBBS, MS, FRCS Registrar (Name, Designation & Stamp of Hospital) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप, व	Dr. Rakesh Bagchi Director Koshika Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) हम न तो हॉस्पिटल अधिकृत अधिकारी
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 अर्शक संस्था 1 <i>(Signature)</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 अर्शक संस्था 2 <i>(Signature)</i>
--	--