

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

K/0912/0823

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

01/09/17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SUDARSHAN HALDER

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

LATE ATUL HALDAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

KULTALI MONDALE RIAT, 36 NO MONDALE RIAT

SOUTH 24 PARGANAS, WEST BENGAL, 743338

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. मातृ पत्र संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का 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 सम्बन्ध
1.	SUDARSHAN HALDER	70	M	SELF
2.	LAKSHI HALDER	61	F	WIFE
3.	BIDHAN HALDER	45	M	SON
4.	UMA HALDER	37	F	DAUGHTER IN LAW
5.	BISOT HALDER	12	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SIES + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED कई गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (अर्पण करने वाले)

- 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 मिले जाने वाले वित्तियन की आवश्यकता को मैं सच बता रहा हूँ। यदि कोई वित्तियन प्राप्त होगा तो वह केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जा सकेगा।
- 2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस मदद से भुगतान के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में भी नहीं लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण करने वाला)

- 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/post-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 प्रकरण में मैंने अपना हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी सहमति और स्वीकृति दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रकरण में उल्लेखित है, इसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा प्रचारित करने के लिए उपयोग करने के लिए किसी भी माध्यम, जिसमें लेकिन सीमित नहीं है, वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए। मेरी फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) और सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी मदद से प्राप्त की गई मदद को जारी रखने के लिए किया जा सकता है। मेरी मदद को जारी रखने का फैसला कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के पास होगा। मेरी मदद को जारी रखने का फैसला कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों का अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पण करने वाले का हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

[Handwritten Signature]

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत)

- 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.
- इसके अतिरिक्त, हम यहाँ पर हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा कोशिका फाउंडेशन से वित्तियन मदद के लिए इस मामले/रोगी को सिफारिश करने के लिए सहमत हैं, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाण दे रहे हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न भविष्य में वित्तियन मदद के लिए किसी भी अन्य स्रोत से मदद ले रहे हैं, क्योंकि हम कोशिका फाउंडेशन से मदद मांग रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन से मदद पूरी या पूरी तरह से नहीं मिलती है, तो हम कोशिका फाउंडेशन से मदद न मिलने के कारण से शेष राशि को अन्य स्रोत से पूरा करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
 - 2) कोशिका फाउंडेशन से मदद केवल वित्तियन प्रकृति की है। रोगी का उपचार कोशिका फाउंडेशन द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया के आधार पर होगा, जो रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करेगा, और इससे कोशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रभाव नहीं होगा। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी और सुरक्षा के लिए कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
सिफारिश (स्वीकृति/निरास को चिह्नित करें)

ACCEPTANCE

REJECTION

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

01/09/17

[Signature]
Dr. Arindam Deb
MBBS, D.O., FRCS
Reg. No. - 58055
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व छाप

[Signature]
Globe Cancer Hospital
Director
Global Eye Foundation Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हॉस्पिटल के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का नाम व पद

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंदरूनी उपयोग के लिए)

SANCTIONED
संमति

REJECTED
नकार

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती इशरकर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती इशरकर 2

[Signature]