

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of the

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0917/0849

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

04.09.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SUDEB GHOSH

AGE-YEARS

वर्ष

SEX

लिंग

74

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

MAKKANDA GHOSH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

UTTAR W. JELIYAKHALI, JAIL PARA, SANDESHKHALI,
NORTH 24 PARAGANAS, 743329, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

UNEMPLOYEE

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य जोड़ें)

PAN No. (यहाँ छाना भरें)

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

हाँ / 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 से संबंध
1.	SUDEB GHOSH	74	M	SELF
2.	MITALI GHOSH	68	F	WIFE
3.	ABHINAV GHOSH	43	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये किसी 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 (SIOS + 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 इस हेतु 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 applicable 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्यता असत्य सत्यता सत्य है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उसके अंश को नहीं, उस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

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/produce 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 मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करने के लिए अधिकृत हैं। वे, आवश्यक होने पर, कौन भी माध्यमों से मेरी तस्वीरें और विवरणों को प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी प्रकरण का निराकरण मेरी सहायता के अंश को नहीं, उस उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के अंश को नहीं, उस उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

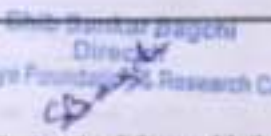
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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 ओर से यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रकरण से सहायता न ले सकें।

1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी स्रोत से ले सकें, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलेगी। यदि सहायता पूरी नहीं मिलेगी, तो हमें सहायता के अंश को नहीं, उस उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार प्रदान करने का हमें पूर्ण अधिकार है, जो कि हमारे अंतर्गत है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का दबाव नहीं है। इसलिए हमें रोगी के उपचार के लिए पूर्ण जिम्मेदारी है और हमें सहायता के अंश को नहीं, उस उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाएँ)		ACCEPTANCE सम्मत	REJECTION अस्वीकृत
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 04.09.17	Dr. Arindam Das MBBS, D.O., FRCS No. 58001 Sri Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका व पता, नं.	 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पता हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

		SIGNATURE of TRUSTEE 1 आशी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आशी इलाका 2
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED अस्वीकृत	