

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

K/0917/0863

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

05.09.18

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

SANKAR DAS

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

LATE PANCHU DAS

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PART NO - 65, BAKHANAPUR, NORTH 24 PAR-

- GANAS, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

FARMER

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS - 160042 = 19200/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. आय का स्रोत संलग्न

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 के साथ सम्बन्ध
1	SANKAR DAS	57	M	SELF
2	GITA DAS	57	F	WIFE
3	SONJOY DAS	30	M	SON
4	MINA DAS	25	F	DAUGHTER IN LAW
5	ABHIRAM DAS	12	M	GRAND SON
6	ADARSH DAS	4	M	GRAND SON
7	SUMIT DAS	2	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के लेबे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या चिकित्सा का उद्देश्य:

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

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 सी गई सहायता राशी

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह प्रपत्र ही से मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताये गये हैं।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या उन्मूलन की नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस 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/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 to 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति और अधिकार देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टी" "कोशिका फाउंडेशन" के नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यादों, पत्र, कथन, दूरभाष, दूरदर्शन से सुदीर्घाधिकारों और अधिकारों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं, प्रचार, सहायता या इलाज की कला। इस सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा उसके अधिकारों का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

श्रीमती इंदिरा

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.
- हम यहाँ घोषणा करती हैं, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर के द्वारा हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र से नाम व सहमति करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या प्रयत्न करेंगे, यदि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अंश/पूर्ण रूप से नहीं मिलती है तो हमारा अधिकार अन्य सहायता प्राप्त करने का सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट किया जाता है कि हमारा दायित्व प्राप्त करने के लिए सहायता हेतु सिफारिश करने का निर्णय हमारे अपने हाथों में ही रहेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संस्था वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हमारे द्वारा की गई सहायता या बिना किसी अन्य प्रकार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे ही हाथों में ही रहेगा। हमारे या हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रचार नहीं है। इसलिए हमारा ही हमारे या हमारे द्वारा चुना और करने करने की सही जिम्मेदारी हमारे ही हाथों में ही रहेगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
सिफारिश (स्वीकृति/निरास का निरास लगाने)

ACCEPTANCE
सहमति

REJECTION
निरास

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

05.09.17

Dr. Arindam Ghosh
M.B.B.S., D.O., FRCS
Reg. No. 5800
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व छाप

Senior Director
Director
Senior Eye Foundation Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम हस्ताक्षर 2

SANCTIONED
सहमति

REJECTED
निरास

Signature of Trustee 1

Signature of Trustee 2