

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life.

APPLICATION No.:

K/0917/0867

APPLICATION DATE:

05.09.17

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

LAKSHMI SINGH

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

SAUKI SINGH

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

8 UN MUKHERJEE ROAD, DAKHINESWAR,
KALIMAHATI (M), NORTH 24 PARGANAS, 700076,
WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE

OCCUPATION:

व्यवसाय

LABOUR

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

RS. 16000/12 = 19,200/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. संपादित करें

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू 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.	LAKSHMI SINGH	52	M	SELF
2.	PIYALI SINGH	46	F	WIFE
3.	SANAT SINGH	23	M	SON
4.	PROTIMA SINGH	20	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की प्रतिलिपि संलग्न करें (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 नये विवरण 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 (SICS + 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 एक नई सहायता राशि

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 पर प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रदान करता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मैं इससे यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लेख है।

3) मैं यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि मैं इस सहायता से या इससे पूर्व किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से किसी भी और न ही क्षतिपूर्ति नहीं ले रहा हूँ।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 द्वारा या अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छापकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति और अधिकार देता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रयोग करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, छपा, संचारण या अन्य माध्यम से मुद्रित प्रसारित करें और प्रसारित करने में किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण से अधिकृत करने में निम्न अधिकृत है। वे इस का विवरण मेरे द्वारा से पहले या बाद में करने में निम्न "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत से प्रदान है मुझे तथा: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित प्रसारित या प्रसारण अधिकार कोशिका फाउंडेशन द्वारा।

...așa că găsesc în alții un fel de mine

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, हमारा भी और ये चारोंपट्टी को "कोशिका फाउंडेशन" से मिलित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमारा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि मैं जो बीमर और मैं ही बीमर में मिलित सहायता किसी एक सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से प्राप्त लेने/पाने में लगे या ले रहा हूँ, वेद कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की संस्था में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु भन्तु नहीं किंचित प्राप्त है तो हमारा किसी अन्य एक सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा प्रारंभिक प्राप्त प्राप्त लेने हेतु सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेने/पाने।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने/पाने सहायता केवल मिलित प्रकृति की है। लेने या हमारा द्वारा ही यह सहायता या बिने लगे अत्यधिक/अतिरिक्त या प्रथम लेने एवं हमारा को लेने का निम्न है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसीलिए हमारा में लेने का प्राप्ति सुरक्षित और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी लेने एवं हमारा को लेने और "कोशिका" को कोई भीमर या जिम्मेदारी हम अपने में नहीं लेते।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगाये)		ACCEPTANCE सम्बु	REJECTION नसम्बु
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 05.09.17	 Dr. Arindam Deb MBBS, D.O., FICS Reg. No-50080 Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व एडि. नं	Shri Sankar Bagchi Director Sankar Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ॐ शान्तिः शान्तिः शान्तिः ॐ

SANCTIONED अनुमोदित	REJECTED अनुमोदित	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इशराम 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इशराम 2
			