

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	K/0917/0968	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	09.09.17
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम	GOPAL DAS	AGE-YEARS आयु-वर्ष	49
		SEX लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम	RABINDRANATH DAS		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता			
HAMINPUR, NORTH 24 PARGANAS, 743291, WEST BENGAL			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता			
AS ABOVE			



OCCUPATION : व्यवसाय	CONTRACT LABOUR		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	RS. 1800 x 12 = 21,600/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. रणार्थ खाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर पayer हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)			
		Yes / हाँ	No / 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 सम्बंध
1.	GOPAL DAS	49	M	SELF
2.	ARETH DAS	42	F	WIFE
3.	SILPA DAS	17	F	DAUGHTER
4.	FREDIE DAS	16	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लगे विवरी का उद्देश्य:

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

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 सहायता का राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 a, 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तब यह है कि मेरी सहायता निरास हो या ख़तरा हो।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे मैं केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अपने आप से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त करूँगा और न ही किसी भी प्रकार से।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

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/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 फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रेषित करूँगा, जो "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई सहायता के लिए प्रयोग करने के लिए है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अपने आप से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त करूँगा और न ही किसी भी प्रकार से।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों द्वारा प्रयोग करने के लिए है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अपने आप से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त करूँगा और न ही किसी भी प्रकार से।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएँ 엄指 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.

इसके अतिरिक्त, हम घोषणा करती हैं कि हमें किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त करनी है।

- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अपने आप से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त करूँगा और न ही किसी भी प्रकार से। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अपने आप से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त करूँगा और न ही किसी भी प्रकार से।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता मिलेगी, उसे मैं केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है। मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं अपने आप से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त करूँगा और न ही किसी भी प्रकार से।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)
संस्तुति (स्वीकृत/निरास का निशान लगायें)

ACCEPTANCE

संस्तुति

REJECTION

निरास

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

09.09.18

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व इलाका व पद

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

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

SANCTIONED संस्तुति	REJECTED निरास	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2